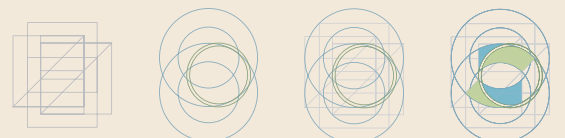
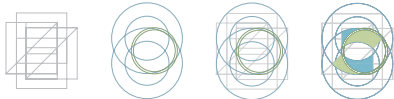


RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2013





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>

www.twitter.com/ans_reguladora
www.youtube.com/ansreguladora
www.slideshare.net/ans_reguladora

Elaboração:

Gerência Geral de Análise Técnica da Presidência GGATP/GAB/PRESI

Projeto Gráfico:

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/GAB/PRESI

Diretoria Colegiada da ANS:

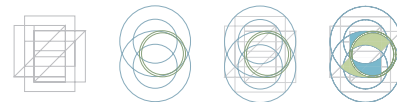
Diretoria de Desenvolvimento Social – DIDES

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 ANO DE 2013:

André Longo Araújo de Mello

Diretor Presidente Interino de 19/11/2012 até 25/02/2013

Diretor Presidente a partir de 26/02/2013

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

Bruno Sobral de Carvalho

Diretor da Diretoria de Desenvolvimento Setorial de 05/04/2011 a 28/08/2013

Diretor da Diretoria de Fiscalização a partir de 29/08/2013

Diretor da Diretoria de Desenvolvimento Setorial Interino a partir de 29/08/2013

Eduardo Marcelo de Lima Sales

Diretor da Diretoria de Fiscalização de 31/08/2010 até 26/08/2013

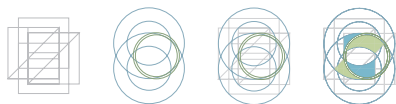
Elano Rodrigues de Figueiredo

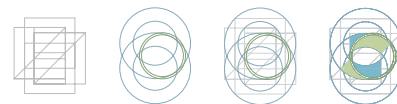
Diretor da Diretoria de Gestão de 29/07/2013 até 02/10/2013

Leandro Reis Tavares

Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras a partir de 19/08/2013

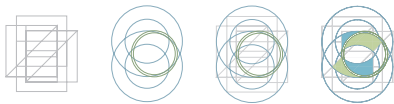
Diretor Interino da Diretoria de Gestão a partir de 18/10/2013

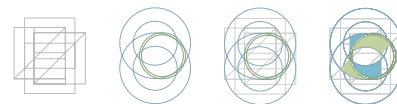




SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| APRESENTAÇÃO | |
| INTRODUÇÃO | 9 |
| I - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR | 15 |
| II – AGENDA REGULATÓRIA 2013-2014 | 23 |
| III – AVANÇOS REGULATÓRIOS - FOCOS | 41 |
| Monitoramento das Operadoras | 41 |
| Acesso e Qualidade Assistencial | 58 |
| Sustentabilidade do Setor | 71 |
| Integração com o SUS | 79 |
| Fiscalização e Articulação Setorial | 85 |
| Participação Social | 95 |
| Acesso à Informação | 102 |
| IV - DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA | 111 |
| ANEXOS | 119 |
| Resoluções Normativas publicadas em 2013 | 119 |
| Instruções Normativas publicadas em 2013 | 123 |
| Consultas Públicas | 124 |





APRESENTAÇÃO

Este é o Relatório de Atividades do ano de 2013, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, elaborado com o objetivo de prestar contas das suas principais atividades à sociedade.

O trabalho tem por objetivo também a disseminação de informações atualizadas sobre o setor, vindo ao encontro da finalidade institucional da ANS de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

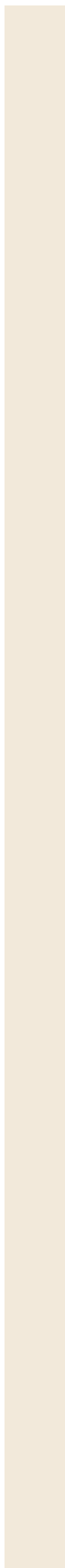
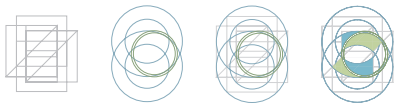
O relatório é organizado em quatro partes e um anexo. A primeira destaca a Agência Nacional de Saúde Suplementar: traz breves tópicos da evolução do setor de planos privados de assistência à saúde; descreve a estrutura básica, o marco legal, a missão e as suas principais competências. Na sequência, aborda a Agenda Regulatória 2013/2014, com seus projetos, os problemas que originaram a preocupação com os temas, os produtos esperados, bem como os avanços em 2013 e as ações para 2014.

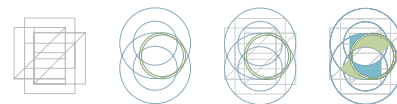
O cerne das atividades da ANS está na terceira parte, a dos Avanços Regulatórios, organizada por principais focos da atuação em 2013: Monitoramento das Operadoras, Acesso e Qualidade Assistencial, Sustentabilidade do Setor, Integração com o SUS, Fiscalização e Articulação Setorial, Participação Social e Acesso à Informação.

Por fim, são apresentados alguns destaques da gestão interna da ANS. No anexo, estão listadas as Resoluções Normativas e as Instruções Normativas publicadas pela Agência no período.

Destaca-se que a quase 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 2013.

Boa leitura!





INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos privados de saúde no Brasil, 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.

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.

A regulação deste setor incide diretamente sobre 50,3 milhões de consumidores com planos de assistência médica, ou seja, um em cada quatro habitantes do país. No período de um ano, de dezembro de 2012 a dezembro de 2013, este número cresceu em cerca de 2,2 milhões de beneficiários. No mesmo período, o número de consumidores em planos exclusivamente odontológicos cresceu em 1,6 milhão, somando um total de 20,7 milhões de beneficiários.

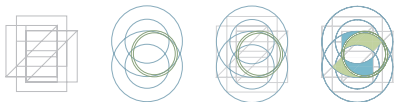
Atualmente atuam no país 1.513 operadoras, das quais 1.103 médico-hospitalares e 410 exclusivamente odontológicas, que comercializam 55.435 planos de assistência médica e 4.892 planos exclusivamente odontológicos.

Em 2013, os planos privados de saúde realizaram 51,8 milhões de terapias, 262,2 milhões de consultas médicas, 8 milhões de internações e 709,2 milhões de exames complementares. A dimensão do setor se traduz também pela receita de contraprestações (mensalidades) das operadoras médico-hospitalares, que atingiu, em 2013, R\$ 108,1 bilhões; a despesa assistencial correspondeu a R\$ 90,5 bilhões, a despesa administrativa R\$ 14 bilhões e a taxa de sinistralidade (relação entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações) foi de 83,7%. As operadoras exclusivamente odontológicas atingiram uma receita de R\$ 2,4 bilhões; despesa assistencial de R\$ 1,1 bilhão e 47,5% de sinistralidade.

As principais ações da ANS, a cada biênio, são previstas em uma Agenda Regulatória construída por meio de Consulta Pública. A Agenda 2013/2014 é composta por 36 projetos, organizados em sete eixos: Garantia de acesso e qualidade assistencial; Sustentabilidade do setor; Relacionamento entre operadoras e prestadores; Incentivo à concorrência; Garantia de acesso à informação; Integração da Saúde Suplementar com o SUS; e Governança regulatória.

Entre os principais avanços contestados pela ANS, em 2013, destacam-se três:

- i) a ampliação do monitoramento dos prazos para marcação de consultas, exames e cirurgias e a suspensão dos planos por descumprimento dos prazos e por negativas infundadas de cobertura;
- ii) o enorme incremento nos valores ressarcidos Sistema Único de Saúde (SUS); e



iii) o substancial aumento no pagamento, pelas operadoras das multas devidas.

Em 2013, a ANS divulgou o 5º, 6º e 7º Ciclos de Monitoramento da Garantia de Atendimento, estendendo o monitoramento dos prazos máximos para a marcação de garantia de atendimento, consultas, exames e cirurgias, para os casos de negativa infundada de cobertura. Em contrapartida às ações judiciais movidas pelas representações das operadoras de planos de saúde, obteve no Superior Tribunal de Justiça (STJ) a autorização para a retomada da suspensão da comercialização de planos de saúde, mantida posteriormente pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Com a decisão, a Justiça restabeleceu a competência da ANS para realizar o monitoramento da garantia de atendimento, como forma de defesa do consumidor.

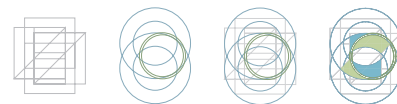
O incremento dos valores ressarcidos ao SUS pelas operadoras e a implementação do número do Cartão Nacional de Saúde para os beneficiários de planos de saúde são importantes conquistas. Nos últimos dois anos, a ANS repassou cerca de R\$ 166 milhões ao Fundo Nacional de Saúde, valor maior do que todo o histórico de cobrança do ressarcimento feito pela Agência, desde o ano de 2001.

Em 2013, a ANS conseguiu o ressarcimento recorde de recursos ao SUS. Entre 2011 e 2013, foram ressarcidos R\$ 322 milhões, montante duas vezes superior aos R\$ 125 milhões da última década (2001 a 2010). O crescimento da restituição deve-se ao aperfeiçoamento de processos de gestão, à contratação de servidores e à inscrição das operadoras em dívida ativa.

Nos últimos três anos (2011 a 2013), os valores inscritos em dívida ativa somaram R\$ 321 milhões, cifra 10 vezes superior ao valor de R\$ 31,6 milhões incluído nos três anos anteriores (2008 a 2010). Atualmente, há 795 operadoras inscritas em dívida ativa. Além de aumentar o volume de recursos reembolsados, a ANS intensificou a cobrança sobre as operadoras de planos de saúde. Desde 2011, foram cobradas 483 mil internações, 36% a mais do que na década anterior. Somente em 2013 foram cobradas 237 mil internações.

Passo importante para o aumento da cobrança do ressarcimento foi, também, a ampliação do número de pessoas que possuem o Cartão SUS - 150 milhões. O cartão permite identificar se a pessoa é usuária ou não de plano de saúde. Em dezembro de 2013, na base de dados da Agência, havia 71.011.159 vínculos de beneficiários ativos, dos quais, 50.319.142 vínculos foram individualizados (70,86% do total de beneficiários ativos). Esses mais de 50 milhões de vínculos individualizados corresponderam a 30.320.317 pessoas. Destas, 18.593.214 (61,32%), possuem número de Cartão Nacional de Saúde preenchido no Sistema de Informações de Beneficiários da ANS.

Outro avanço foi o substancial incremento no pagamento, pelas operadoras, das multas devidas. Como resultado do aperfeiçoamento do processo de trabalho e da implementação do método de Análise Eficiente de Processos (AEP), a ANS reduziu drasticamente o tempo de tramitação dos processos em segunda instância e a cobrança das respectivas multas às



operadoras. Até 2011, esse tempo era de 12 meses; em 2012 passou para oito meses; e em 2013, para três dias. A Agência não somente reduziu drasticamente o tempo de tramitação dos processos em segunda instância, como aumentou de forma importante a arrecadação de multas, passando de R\$ 10.982.407,73 em 2010, para R\$ 89.255.388,64 em 2013. Além das medidas gerenciais, houve também um importante incentivo para as operadoras quitarem seus débitos: o Programa de Conformidade Regulatória, por meio do qual as operadoras com histórico de regularidade no cumprimento da regulação, passaram a ter maior autonomia na gestão dos recursos financeiros, por meio da livre movimentação dos ativos garantidores da provisões técnicas.

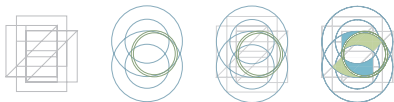
Os maiores avanços de 2013, quanto ao acesso e qualidade assistencial, foram: a ampliação do rol de procedimentos e eventos em saúde; a implementação do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS DIVULGAÇÃO); o incremento dos Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças; a implementação do Programa de Acreditação de Operadoras; a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras nos seus Portais Corporativos na Internet; o aperfeiçoamento das informações sobre a rede de prestadores de serviços de saúde das operadoras; e a obrigatoriedade de a operadora justificar por escrito as negativas de cobertura.

De 2009 a 2013, houve uma evolução positiva de 17,2% para 63,5% no percentual de operadoras médico-hospitalares situadas nas duas melhores faixas do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), divulgado anualmente, além de redução de 53,6% para 11% no percentual de operadoras nas duas piores faixas de avaliação. O percentual de beneficiários das operadoras nas duas melhores faixas passou de 43,6% para 74%, e nas duas piores faixas, reduziu de 25% para 3,8%.

Importante também foram as ampliações e inclusões do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A partir de janeiro de 2014, os beneficiários de planos de saúde individuais e coletivos tiveram direito a mais 87 procedimentos, e foi ampliada a indicação de outros 44, incluindo 37 medicamentos orais para tratamento de câncer (para 54 indicações médicas) e 50 novos exames, consultas e cirurgias. Houve a ampliação da cobertura para tratamento de doenças genéticas e foram definidos 22 critérios para o uso adequado de tecnologias no rastreamento e tratamento de 29 doenças genéticas. Passou a ser obrigatório o fornecimento de bolsas coletoras intestinais ou urinárias para pacientes ostomizados.

A obrigatoriedade de criação de ouvidorias pelas operadoras foi uma vitória para o consumidor. A medida tem o objetivo de reduzir conflitos entre as operadoras e os consumidores, ampliando a qualidade do atendimento oferecido. As ouvidorias devem ser capazes de responder demandas no prazo máximo de sete dias úteis.

A ANS adota uma série de medidas para tornar mais rígido o monitoramento das operadoras de planos de saúde. Nesse sentido, foram fundamentais: a resolubilidade das reclamações



por negativa de cobertura, por meio da Notificação de Investigação Preliminar - NIP; a sua ampliação para as demandas tanto assistenciais como não assistenciais; a ampliação do Disque ANS para atender as ligações dos consumidores; e a proposta de criação de um novo modelo de fiscalização coletiva.

Em 2013, a Agência recebeu 102.232 demandas de reclamação e 302.252 de informação, com um aumento de demandas da ordem de 31% e 41,8%, respectivamente, em relação ao ano anterior.

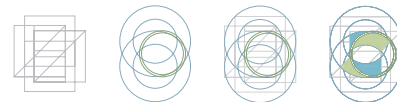
Do total de 68.699 reclamações objeto de notificações por negativa de cobertura, 58.738 foram resolvidas por mediação de conflitos, alcançando um índice de resolubilidade de 85,5%. Ou seja, a cada cinco notificações, quatro foram resolvidas por mediação da ANS. A capacidade de atendimento pelo Disque ANS (0800 701 9656) dobrou, passando de 45 para 90 ligações simultâneas no atendimento humano e eletrônico, permitindo o atendimento humano simultâneo de 68 usuários. O Disque ANS recebeu 1.266.467 ligações, o que representou um aumento de 24,60% em relação ao ano anterior.

Entre as medidas tomadas pela ANS relacionadas à sustentabilidade do setor destacam-se a 1ª Audiência Pública da ANS sobre boas práticas na relação entre operadoras e prestadores de serviços de saúde; a obrigatoriedade de inclusão de regras de reajuste nos contratos entre médicos e operadoras; a implementação da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar e do projeto piloto sobre remuneração hospitalar; a abertura de nova oportunidade de adesão ao Programa de Conformidade Regulatória; o início da divulgação da Apuração Prévia dos Recursos Próprios Mínimos das operadoras; e a implementação dos procedimentos de adequação econômico-financeira (PAEF) e da obrigatoriedade de agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

Em 2013, a Agência instaurou 40 Direções Fiscais em operadoras, encerrou 59 e acompanhou ao todo 137 Direções Fiscais. Decretou a Liquidação Extrajudicial de 25 operadoras, encerrou 15 e acompanhou 99 Liquidações Extrajudiciais. Publicou 63 Resoluções Operacionais dispendo sobre Portabilidade Especial e 21 sobre Portabilidade Extraordinária para os beneficiários de operadoras que apresentaram grave risco à continuidade da assistência.

Quanto às informações para o consumidor, o Espaço Qualidade foi ampliado em 2013, para facilitar o acesso à informação na hora de escolher ou mudar de plano. Foi lançada também a campanha de orientação “Você sabe como contratar um plano de saúde de forma correta?”, para auxiliar os consumidores na definição de suas necessidades e lançada a edição atualizada do Guia Prático de Planos de Saúde, para esclarecer dúvidas quanto aos seus direitos.

O número de visitantes ao portal da ANS na internet cresceu cerca de 30% em relação ao ano anterior. Nos meses de divulgação da suspensão de comercialização de planos - abril, agosto e novembro - os acessos aumentaram em até 40%, 85% e 33% respectivamente,

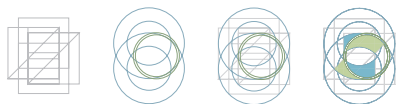


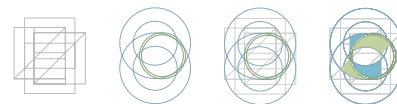
em relação aos mesmos períodos do ano anterior, demonstrando o grande interesse dos consumidores em obter estas informações. O portal da ANS está sendo aperfeiçoado e nova versão será lançada em 2014.

Em 2013, a ANS ingressou nas mídias sociais - *YouTube* (vídeos), *Slideshare* (apresentações) e *Twitter* (atualizações) – para maior interação com o público e divulgação das ações institucionais. A partir de janeiro de 2014, está presente no *Facebook*.

Por fim, no âmbito da gestão interna destaca-se em 2013 o lançamento do edital de concurso público para 81 vagas, distribuídas em nove estados do país, para servidores efetivos dos cargos de nível superior e de nível intermediário. Além dos servidores efetivos (que pertencem ao quadro funcional da ANS), a Agência publicou edital para processo seletivo de 200 cargos temporários de nível superior. Tanto os servidores efetivos, como os de contratação temporária, aptos a ingressarem, começaram suas atividades em novembro e dezembro de 2013.

No decorrer deste Relatório de Atividades, são apresentados estes e outros resultados alcançados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano de 2013.





I – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A seguir são apresentados breves tópicos da evolução do setor e descritas a estrutura básica, o marco legal, a missão e as principais competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Breves tópicos da evolução do setor de 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 das regiões urbanas e industrializadas, que possuía vínculo formal de trabalho nas indústrias de transformação, metalurgia e química. Esses fatores estimularam o crescimento de serviços privados de saúde, contribuindo para a expansão deste segmento, em particular de empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas.

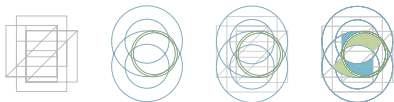
Até a década de 1980, os planos de saúde estavam voltados para trabalhadores inseridos no mercado formal. A partir da segunda metade dos anos 80, as empresas de planos de saúde expandiram sua atuação para clientes individuais.

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 8.080/90). 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 8.078/90) 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.



Muito pouco se sabia sobre este setor que já atuava desde o início de 1960. As informações eram oriundas de representações do setor e de empresas de consultorias, e os dados divergiam entre estas muitas e diversas fontes.

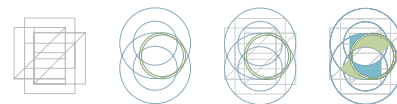
Em meados de 1998, atos públicos em diversas capitais do país e a criação de fóruns permanentes pela regulamentação dos planos de saúde foram exemplos de manifestações organizadas pela sociedade em prol da regulação das empresas de planos de saúde. Estas até então estavam sujeitas a um controle governamental irrisório, a exceção das seguradoras, 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.

No que tange à regulamentação dos planos de saúde, a Lei nº 9.656 trouxe avanços fundamentais: 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; os transplantes de rim e de córnea; a proibição do limite do tempo e do número de internações e procedimentos; a ampliação e padronização de coberturas; as regras para portadores de doença ou lesão anterior à aquisição do plano; o tempo máximo de carência e o atendimento de urgência e emergência; a proibição de rescisão unilateral pela operadora; e, o controle de reajustes de mensalidades para planos individuais.

Quanto à regulamentação econômico-financeira determinou: parâmetros para sustentabilidade econômico-financeira das operadoras – reservas técnicas e provisões financeiras; transparência da situação contábil, por meio da publicação, pelas operadoras, dos demonstrativos Contábeis; regras para entrada e saída do mercado; exigência de capitalização e possibilidade de intervenção pela ANS.

Os 15 anos da lei dos Planos de Saúde – Lei nº 9.656, de 1998.

Em 2013, a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, completou 15 anos. Com a promulgação da Lei, que regulamenta os planos privados de assistência à saúde no Brasil, houve avanços expressivos na garantia de atendimento aos beneficiários de planos de saúde, com ênfase no compromisso com a qualidade dos serviços prestados. A Lei possibilitou mudanças estruturais profundas no setor, que refletiram diretamente na ampliação da assistência à saúde. Antes da regulamentação do setor, havia a livre definição da cobertura assistencial, dos reajustes e de períodos de carências, contratos pouco claros para o consumidor e situações que possibilitavam até mesmo a exclusão de beneficiários.



As principais mudanças estruturais do setor são sintetizadas no quadro a seguir:

| MUDANÇAS ESTRUTURAIS DO SETOR | | |
|-------------------------------|--|--|
| | ANTES DA LEI | DEPOIS DA LEI |
| Operadoras | Livre atuação <ul style="list-style-type: none"> • Legislação do tipo societária • Controle deficiente | Atuação controlada <ul style="list-style-type: none"> • Autorização de funcionamento • Regras de operação sujeitas à “Intervenção” e liquidação • Exigência de garantias financeiras • Profissionalização da Gestão |
| Assistência à Saúde | Livre atuação <ul style="list-style-type: none"> • Livre definição da cobertura assistencial • Seleção de risco • Exclusão de usuários • Livre definição de carências • Livre definição de reajustes • Modelo centrado na doença • Ausência de informações • Contratos pouco claros para o consumidor | Atuação controlada <ul style="list-style-type: none"> • Qualificação da atenção integral à saúde • Proibição da seleção de risco • Proibição da rescisão unilateral dos contratos • Definição e limitação das carências • Reajustes controlados • Sem limites de internação • Modelo de atenção com ênfase nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças • Sistemas de informações como insumos estratégicos • Regras claras para contratos |

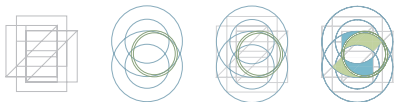
Marco legal, finalidade institucional, competências e organização

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 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 a saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

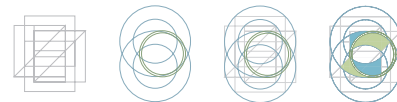
As competências legais da ANS podem ser organizadas em gerais, relacionadas à regulação assistencial e à regulação econômico-financeira, a seguir elencadas.

Competências gerais

- Propor políticas e diretrizes gerais para a regulação do setor.
- Fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras, incluindo: conteúdos e modelos assistenciais; adequação e utilização de tecnologias em saúde; direção fiscal ou técnica; liquidação extrajudicial; procedimentos de recuperação financeira das operadoras; normas de aplicação de penalidades; e 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

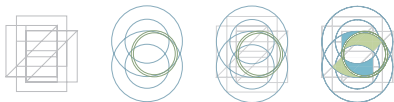
- Estabelecer normas, rotinas e procedimentos para registro, autorização, manutenção e cancelamento de registro dos planos (produtos) das operadoras.
- Monitorar a evolução dos preços de planos de saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos.
- Elaborar o rol de procedimentos 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, visão e valores

A ANS tem como missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar a saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Sua visão é 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 autossuficientes, que seja centrado no cuidado continuado ao beneficiário; que realize ações de atenção à saúde, com uma concepção excludente de todos os profissionais de saúde; que respeite o controle social e que esteja adequadamente articulado com o Sistema Único de Saúde.

Seus valores são: 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.

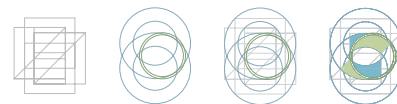
Dimensões da atuação da ANS

- **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).

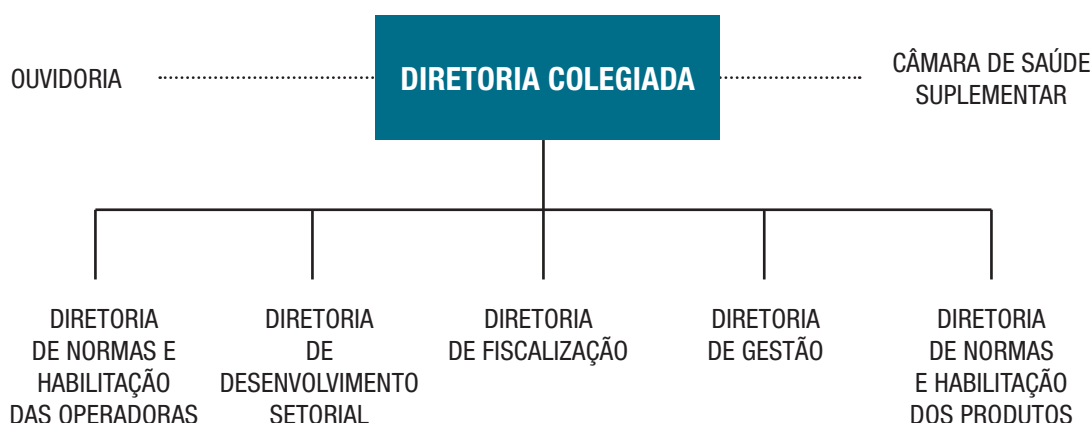
Estrutura básica da Agência

A regulação do setor conta com uma Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) que é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões.

À CAMSS compete: 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 Diretoria Colegiada a aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar, proporcionando à ANS condições de exercer, com maior eficiência, sua função de regular as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no país; e, v) indicar representantes para compor grupos técnicos temáticos, sugeridos pela Diretoria Colegiada.

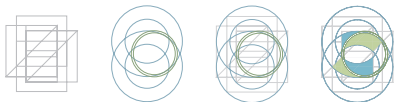


A ANS



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 a Diretoria Colegiada – a Procuradoria Geral, a Auditoria, a Corregedoria e a Comissão de Ética. A seguir, algumas das atribuições das diretorias da ANS:

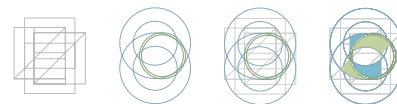
- **Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE:** planeja, coordena, organiza e monitora as atividades referentes à autorização de funcionamento, acreditação, transferência de controle societário, acompanhamento econômico-financeiro, regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial 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 as 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 da ANS. Realiza articulações com órgãos e entidades de defesa do consumidor e centrais sindicais. Monitora as operadoras quanto ao cumprimento dos prazos para realização de exames, consultas e internações.

- **Diretoria de Gestão – DIGES:** desenvolve e implementa políticas, ações na área de gestão para fortalecer e otimizar a capacidade de governo da ANS. Estuda, analisa e avalia os mecanismos de desenvolvimento e gestão de pessoas. Coordena e supervisiona a elaboração, execução e acompanhamento do orçamento. Acompanha a execução das atividades de finanças, material e patrimônio e serviços gerais. Coordena o Programa de Avaliação de Desempenho das Operadoras e o Institucional.

O capítulo a seguir aborda a Agenda regulatória da ANS para o biênio 2013/2014.



II – AGENDA REGULATÓRIA DA ANS

Atualmente os principais desafios do setor de Saúde Suplementar são: o envelhecimento e a longevidade da população; a incorporação tecnológica; o modelo de pagamento a prestadores que privilegia o consumo; a utilização de materiais em detrimento da remuneração do trabalho médico; a cultura de tratamento de doenças desprovida de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças; a heterogeneidade concorrencial; e a velocidade de ampliação do mercado (por conta da melhoria da renda da população e da entrada de novos consumidores nos planos de saúde).

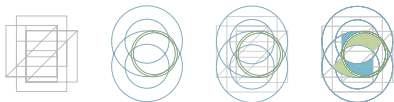
Para dar conta dos desafios, desde a primeira Agenda Regulatória 2011/2012, a Agência definiu um conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor.

São objetivos da Agenda: i) promover maior clareza da ação da ANS, sobretudo para a sociedade e os agentes regulados; ii) promover previsibilidade dos mecanismos e normas utilizados na atuação regulatória; iii) possibilitar o acompanhamento dos compromissos preestabelecidos e sua divulgação; iv) qualificar a gestão regulatória da agência; e V) participação da Câmara de Saúde Suplementar no debate sobre a pauta de decisões estratégicas e prioritárias da ANS.

2013/2014



A Agenda 2013/2014 agregou a análise dos desafios enfrentados pelo setor, os projetos oriundos do planejamento estratégico das áreas técnicas da ANS, bem como da Agenda anterior (2011/2012). Foi construída 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 deste biênio.



A Agenda 2013/2014 priorizou 36 projetos, organizados em sete eixos: I) Garantia de acesso e qualidade assistencial; II) Sustentabilidade do setor; III) Relacionamento entre operadoras e prestadores; IV) Incentivo à concorrência; V) Garantia de acesso à informação; VI) Integração da Saúde Suplementar com o SUS; e, VII) Governança regulatória.

A seguir os eixos da Agenda 2013/2014, seus respectivos projetos, os problemas que originaram a preocupação com o tema, os produtos esperados, bem como os avanços em 2013 e as ações para 2014.

Eixo 1 - Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial

Visa assegurar a qualidade do cuidado e o acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde contratados.

1.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso.

Problema: Há necessidade de alterar a lógica de análise para a garantia de acesso.

Produto esperado: Estudo sobre novo modelo de monitoramento de rede assistencial.

Avanços em 2013: Reuniões internas. Levantamento dos estudos relacionados ao monitoramento da rede assistencial. Discussões sobre as diretrizes e os produtos do projeto.

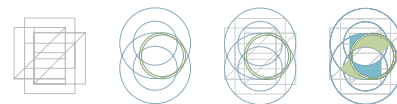
Próximos passos: Pesquisa e outros estudos relacionados à dispersão de rede no país. Avaliação dos bancos de dados para aprimoramento de indicadores. Avaliação da necessidade de revisão de normativos.

1.2 Qualificar a entrada do beneficiário no plano: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da pré-existência de doença ou lesão.

Problema: Perda de continuidade da assistência, pelo preenchimento inadequado da declaração de saúde pelo beneficiário.

Produto esperado: Estudos para promover a qualificação da entrada dos beneficiários nos planos.

Avanços em 2013: Reuniões internas. Estudos e revisões da RN nº 162, de 2007. Discussões sobre as opções regulatórias.



Próximos passos: Reuniões com público externo. Avaliação jurídica das opções levantadas. Elaboração de proposta de regulação.

1.3 Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado.

Problema: O modelo assistencial é compartimentalizado, tendendo ao excesso de especialização e centrado em procedimentos de alto custo e ou complexidade.

Produto esperado: Estudos para construção de modelo de plano de cuidado e criação de incentivos para sua utilização e implementação pelas operadoras.

Avanços em 2013: Publicação do Plano de Cuidado do Idoso na saúde suplementar em outubro de 2012.

Próximos passos: Traçar novas linhas de cuidado com base no Plano de Cuidado do Idoso. Estudar como potencializar a atuação dos clínicos gerais e geriatras para potencializar a integralidade do tratamento da saúde do idoso.

1.4 Estudar alternativas para permitir/estimular o incentivo financeiro nas ações de promoção e prevenção.

Problema: Embora em crescimento, a adesão aos programas de promoção e prevenção ainda está aquém do necessário para a mudança desejada no modelo assistencial.

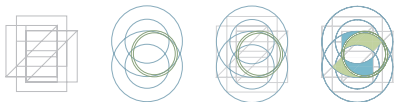
Produto esperado: Estudos para estímulo por incentivos financeiros para a implementação de ações de promoção e prevenção pelas operadoras.

Avanços em 2013: Criação do Espaço Você Saudável no portal da ANS e criação do Laboratório de Inovação.

Próximos passos: Reuniões com os representantes do setor. Encontros regionais de trabalho. Evento com as diretrizes sobre o tema, com a participação das operadoras.

1.5 Implantar o programa QUALISS de divulgação e de monitoramento da qualidade dos prestadores.

Problema: Escassez de informações objetivas sobre a eficiência e a qualidade assistencial dos estabelecimentos de saúde brasileiros, de forma a auxiliar na escolha de prestadores mais qualificados. Não existem indicadores para avaliar a qualidade e possibilitar a comparabilidade entre instituições de saúde.



Produto esperado: Contribuir para o aumento do poder de avaliação e escolha de prestadores mais qualificados e fomentar a cultura avaliativa nos estabelecimentos de saúde, com competição positiva e maior transparência no setor.

Avanços em 2013: Implementado o QUALISS Divulgação para as operadoras com 100.000 (cem mil) ou mais beneficiários. Finalizada a etapa de Avaliação Controlada dos Indicadores Hospitalares.

Próximos passos: Ampliação do QUALISS Divulgação para todas as operadoras; aprimoramento do QUALISS Indicadores Hospitalares, por meio do desenvolvimento de metodologia de avaliação in loco (qualidade da rede assistencial).

Eixo 2 – Sustentabilidade do Setor

Busca o equilíbrio econômico-financeiro do setor e a qualificação da gestão das operadoras de planos de saúde.

2.1 Desenvolver estudos sobre a implantação dos princípios de Governança Corporativa no setor.

Problema: Diversidade na fundação e formação do mercado: heterogeneidade e carência de regras claras de conformidade (*compliance*), gerando dificuldade de investimento e credibilidade, com riscos operacionais.

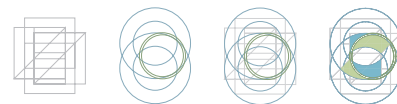
Produto esperado: Estudos sobre implantação de princípios de governança corporativa no setor, visando aumento de eficiência e adoção de melhores práticas de gestão.

Avanços em 2013: Aprovado o Acordo de Cooperação Técnica entre a ANS e o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa - IBGC e constituído Grupo Técnico.

Próximos passos: Acompanhamento da execução dos estudos e elaboração de Nota Técnica final.

2.2 Desenvolver estudos sobre o impacto atual da regulação prudencial no setor e sobre modelos alternativos.

Problema: O modelo atual implica em esforços de capitalização e manutenção de recursos financeiros, mas não incentiva a melhoria do conhecimento e gestão própria dos riscos das operadoras. As operadoras devem estar adequadamente capitalizadas de forma que estas sejam capazes de suportar, mesmo em cenário adverso, os riscos decorrentes da operação de planos de saúde.



Produto esperado: Estudos sobre o impacto atual da regulação prudencial no setor e sobre modelos alternativos.

Avanços em 2013: Criado Grupo Técnico para estudo do novo modelo de solvência e realizadas cinco reuniões.

Próximos passos: Análise e compilação das propostas apresentadas após as reuniões do Grupo Técnico e elaboração de Relatório final.

2.3 Programa de incentivo a investimento em rede no setor de saúde suplementar.

Problema: Há escassez de rede assistencial em algumas localidades do país.

Produto esperado: Programa em parceria com o BNDES para criação de linha de financiamento para investimento em ampliação de rede assistencial.

Avanços em 2013: Termo de Cooperação aprovado entre ANS e BNDES. Elaborada primeira Nota Técnica.

Próximos passos: Aprofundamento dos estudos técnicos sobre as características da rede que será alvo do programa. Elaboração do processo normativo e de minuta de RN.

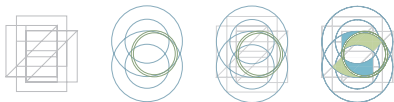
2.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais.

Problema: O modelo de reajuste atual não leva em consideração aspectos concorrenciais e de qualidade na atenção à saúde, não atingindo todo o seu potencial de eficiência.

Produto esperado: Estudos para desenvolvimento de uma nova metodologia baseada no comportamento dos custos dos planos individuais com um fator de diferenciação que visa, entre outros, garantir que os reajustes sejam ajustados à realidade de grupos homogêneos e criar estímulos ao melhor desempenho assistencial das operadoras.

Avanços em 2013: Análise sobre modelo de contratação de parcerias/consultores para desenvolvimento dos estudos.

Próximos passos: Elaboração da Nota de Andamento dos trabalhos; estudo sobre aplicabilidade do modelo price-cap (ou preço-teto, que é um dos mais consagrados modelos de regulação por preço - consiste em modelo de reajuste que contempla um índice de variação de preços do setor, deduzindo os ganhos de produtividade das empresas). Abertura de Câmara Técnica para discussão e definição de proposições.



2.5 Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede.

Problema: A transferência e compartilhamento de riscos e de rede, utilizada por muitas operadoras como instrumentos para ampliar a rede e mitigar riscos financeiros, constituem arranjos que não foram objeto de regulação pela ANS. Ainda que as operações de transferência sejam legalmente possíveis e contribuam com a operacionalização de prestação de serviços assistenciais em pequenas operadoras, a falta de uma disciplina regulatória mais explícita e parâmetros transparentes, muitas vezes, acabam por não deixar claro aos beneficiários e prestadores quais operadoras são responsáveis pelo financiamento e prestação dos serviços de assistência à saúde.

Produto esperado: Estudo das alternativas de transferência de riscos, alinhando critérios assistenciais e econômico-financeiros, que possibilite a redução de exigências regulatórias e a viabilização de operadoras com menor número de beneficiários. Criação de mecanismos similares ao do mercado segurador - que só podem assumir riscos até o limite de sua responsabilidade técnica - devendo envolver não somente a avaliação de rede por operadora, mas também dos beneficiários expostos a cada prestador de serviço.

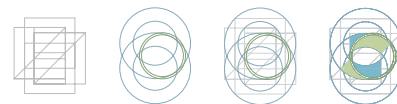
Avanços em 2013: Revisados os estudos e documentos internos que tratavam do tema. Reuniões internas de discussão para alinhamento de entendimentos e mapeamento dos mecanismos existentes no setor.

Próximos passos: Reuniões com representantes do setor para discussão de aspectos assistenciais e econômico-financeiros. Constituição de Grupo Técnico para discussão do tema e avaliação de ações a serem implementadas; apresentação de relatório final, com encaminhamento de eventuais propostas.

2.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs) mais frequentes e estudar alternativas regulatórias.

Problema: A intermediação atual não gera equilíbrio nas relações entre operadoras, prestadores e beneficiários. A cadeia produtiva é pouco conhecida e não favorece a valorização dos profissionais de saúde nem o estímulo às práticas baseadas em evidências científicas.

Produto esperado: Conhecer as práticas relativas às OPMEs no setor de saúde suplementar, desde sua produção, até a distribuição, venda e aquisição de insumos, bem como os riscos que podem causar aos beneficiários.



Avanços em 2013: Reuniões para discussão do problema relativo ao mapeamento da cadeia produtiva.

Próximos passos: Elaboração de estudo sobre as alternativas regulatórias possíveis em relação à cadeia produtiva das OPMEs.

Eixo 3 – Relacionamento entre operadoras e prestadores

Visa minimizar conflitos no relacionamento entre operadoras e prestadores, resultando em maior qualidade na assistência.

Projetos:

3.1 Avaliar e divulgar novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar.

Problema: Há distorção entre a remuneração de materiais e a remuneração da assistência.

Produto esperado: Estudo que apresente as possibilidades de atuação da ANS no sentido de induzir uma mudança consistente no modelo de remuneração no mercado de saúde suplementar.

Avanços em 2013: Criado Grupo Técnico e consolidadas as propostas do setor.

Próximos passos: Avaliação das propostas já levantadas considerando a possível associação da remuneração com parâmetros de qualidade da prestação de serviços.

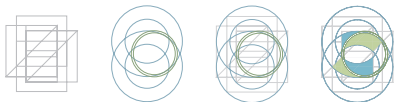
3.2 Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos.

Problema: Faltam critérios técnicos para o alinhamento da remuneração entre o valor do procedimento e o custo associado ao trabalho médico.

Produto esperado: Estudo que avalie a viabilidade de implementação de uma lista hierarquizada de procedimentos

Avanços em 2013: Realizada Câmara Técnica de Hierarquização dos Procedimentos Médicos. Concluída proposta de lista hierarquizada de procedimentos - concluída análise de Impacto Regulatório (AIR) – proposta submetida à Consulta Interna para os técnicos da ANS.

Próximos passos: Análise das metodologias de hierarquização de procedimentos,



considerando os seguintes aspectos: Impacto distributivo – Disponibilidade de dados necessários à definição da lista hierarquizada – Tempo e recursos necessários para criação ou reformulação de uma lista hierarquizada – Existência de políticas alternativas.

3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde.

Problema: Há desnível na relação contratual entre operadoras e prestadores de menor porte; instabilidade nos produtos oferecidos, por descredenciamento de prestadores; não há disciplina em relação à qualificação e adoção do padrão de troca de informações.

Produto esperado: Indução de mecanismos que minimizem os conflitos existentes na relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço, visando a melhoria da qualidade assistencial.

Avanços em 2013: Consulta Interna sobre o monitoramento da contratualização e aberta Câmara Técnica.

Próximos passos: Publicação de normativo.

Eixo 4 – Incentivo à Concorrência

Foco na estrutura concorrencial e produtiva da Saúde Suplementar, de forma a gerar maior eficiência no setor.

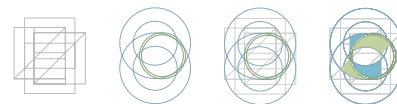
Projetos:

4.1 Desenvolver estudos sobre a estrutura produtiva do setor.

Problema: Acompanhamento da ANS sobre estruturas concentradas - incentivos para competição e produção de serviços intermediados pelas operadoras.

Produto esperado: Estudos sobre estrutura produtiva do setor, englobando sua cadeia de valor, visando identificar mercados com estruturas concentradas e possíveis ações regulatórias para aumentar a competição.

Avanços em 2013: Definido o escopo do projeto (verticalização entre hospitais gerais e operadoras). Mapeados os prestadores verticalizados. Nota técnica com as conclusões do mapeamento.



Próximos passos: Relatório analítico dos dados providos do Requerimento de Informações. Análise do comportamento dos prestadores verticalizados no que tange ao credenciamento por outras operadoras de planos de saúde.

4.2 Aprimorar e aprofundar os estudos sobre mercados relevantes.

Problema: A determinação de mercados relevantes é uma premissa para a definição das estruturas de mercado presentes no setor de saúde suplementar e, conseqüentemente, para a avaliação do grau de concentração de cada mercado, a partir do qual se pode avaliar a necessidade de promover maior estímulo à competição em mercados específicos do país.

Produto esperado: Estudos para determinação de mercados relevantes.

Avanços em 2013: Elaborado relatório final sobre mercados relevantes da empresa de pesquisa, identificando novos mercados relevantes e atualizando os mercados já existentes. Apresentação interna dos resultados em Ciclo de Debates.

Próximos passos: Promoção de discussões com órgãos externos por meio de reuniões e workshops. Nota Final indicando a utilização do trabalho em diversas áreas da ANS, bem como em outros órgãos governamentais.

4.3 Avançar na Portabilidade de Carências para planos coletivos empresariais.

Problema: Não há possibilidade de migração para os beneficiários de um plano coletivo empresarial para um plano individual ou coletivo por adesão.

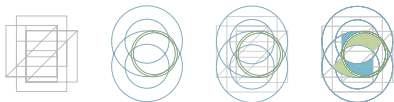
Produto esperado: Estudos para a expansão da portabilidade para planos coletivos empresariais, que fomentem a concorrência, mediante a possibilidade do beneficiário de plano empresarial aproveitar os períodos de carências já cumpridos e se utilizar do benefício da portabilidade para migrar para um plano individual/familiar ou coletivo por adesão (de acordo com a possibilidade de elegibilidade).

Avanços em 2013: Criado Grupo Técnico interno para revisão do processo de trabalho.

Próximos passos: Abertura de Câmara Técnica e de Consulta Pública.

4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias.

Problema: Consumidor com a ilusão de ter um plano de saúde, pois as empresas se utilizam de suas marcas na modalidade de cartão de acesso à rede. Os Núcleos da ANS têm percebido que em muitos contratos coletivos por adesão a pessoa jurídica contratante não tem representado de forma efetiva o grupo a ela vinculado. Isso fica



mais evidente quando a Administradora de Benefícios integra o negócio jurídico na figura de estipulante, conforme autoriza o art. 23, III, da RN nº195, de 2009. Nessa situação, as pessoas jurídicas contratantes não atuam durante a fase de negociação e desenvolvimento do contrato, ficando toda a relação com a operadora, e mesmo eventual alteração dessa, a cargo exclusivo da estipulante, que na realidade não possui relação direta com grupo de beneficiários do plano. Ao não se verificar efetiva participação da pessoa jurídica cujo grupo de beneficiários está fática e diretamente vinculado, a própria figura do estipulante prevista no art. 801 do Código Civil fica enfraquecida, pois a representatividade exigida fica afastada.

Produto esperado: Estudos sobre as modalidades praticadas no mercado e estabelecimento de limites à participação das operadoras, com a utilização de sua marca e rede. Para o primeiro problema apontado vislumbra-se a necessidade de aperfeiçoamento da RN nº 195 e 196 para sua solução. Para o segundo problema faz-se necessária a regulamentação do art. 32 da RN nº 195, o que pode ser feito por Instrução Normativa ou Resolução Normativa, a depender do escopo do futuro normativo.

Avanços em 2013: Definido escopo: serão avaliadas as práticas referentes ao oferecimento dos chamados “cartão desconto” ou “cartão pré-pago”. Estudo da regulamentação atual.

Próximos passos: Resgate das discussões efetuadas nos anos anteriores. Estudos sobre as opções regulatórias. Definição de proposta de ação.

Eixo 5 – Garantia de acesso à informação

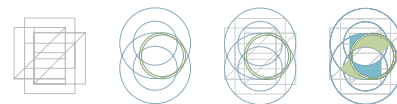
Visa fortalecer a capacidade de escolha do consumidor e a qualificação da relação entre operadoras e seus beneficiários.

Projetos:

5.1 Munir os beneficiários com informações sobre saúde e direitos assistenciais, com ênfase na utilização das diretrizes clínicas.

Problema: Beneficiário com poucas informações. O papel da ANS é fundamental não só para levar informação, mas também para trazer legitimidade a algumas ações em saúde importantes para os beneficiários.

Produto esperado: Levar informação em saúde aos beneficiários de planos de saúde. Avanços em 2013: Divulgados no portal da ANS pareceres técnicos sobre cobertura. Implantado o buscador do Rol com terminologia simplificada no portal da ANS.



Próximos passos: Divulgação de novos Pareceres Técnicos no portal e atualização do buscador com o novo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

5.2 Disponibilizar as informações de contratos e documentos correlatos, relativos aos beneficiários.

Problema: Lentidão no fornecimento dos contratos pelas operadoras e desconhecimento, por parte dos beneficiários, da totalidade dos serviços contratados e das obrigações de cada parte; dificuldade na fiscalização do conteúdo dos contratos; enorme volume de documentos enviados pelas operadoras.

Produto esperado: Estudar formas de acesso para conferir maior transparência no mercado e nas relações individuais de consumo; empoderamento do cidadão, diante do conhecimento de seus direitos contratuais; maior agilidade na fiscalização e redução de papel.

Avanços em 2013: Criado Grupo Técnico e finalizada Nota Técnica como os dados dos contratos a serem solicitados às operadoras e elaborada proposta de minuta de normativo.

Próximos passos: Avaliação da proposta para posterior publicação de norma.

5.3 Perseverar na consolidação e compilação dos atos normativos da ANS.

Problema: O grande número de normativos editado pela ANS gera grande dificuldade em visualizar as normas em vigor e, consequente, possibilidade de equívocos quanto à interpretação e ao cumprimento das normas.

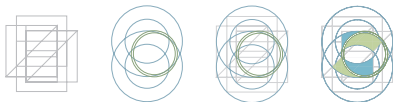
Produto esperado: Reduzir a assimetria de informação, bem como criar um consolidado de atos normativos da esfera da Saúde Suplementar.

Avanços em 2013: Criado Grupo Técnico e estudos do novo modelo de normativo a ser utilizado para edição do Regimento Interno (ponto de partida do projeto).

Próximos passos: Estudo do Regimento Interno da ANS. Consulta Interna para o novo modelo de normativo para o Regimento Interno. Apresentação do modelo proposto.

5.4 Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores.

Problema: A qualidade proposta pela ANS para operadoras e seus prestadores deve estar alinhada em todas as ações e programas que são desenvolvidos. Atualmente o IDSS, QUALISS, Acreditação, Monitoramento Assistencial e conformidade regulatória



apresentam metodologias, objetivos, fonte de informações e de divulgação diferentes, o que pode causar certa confusão aos consumidores no momento de suas escolhas.

Produto esperado: Unificar e racionalizar indicadores de qualidade, para torná-los mais compreensíveis e úteis ao consumidor.

Avanços em 2013: Elaborados estudos de melhoria das bases estatísticas do IDSS e estudos de revisão dos indicadores do IDSS.

Próximos passos: Proposta de alinhamento de objetivos e indicadores com demais ações e programas de qualidade da ANS. Aprimoramento das formas de comunicação dos indicadores aos consumidores.

5.5 Sistematizar e publicizar os critérios de acompanhamento da regulação do setor.

Problema: Maturidade do setor e maior dinamismo regulatório da ANS elevam o grau de complexidade das relações entre regulado e regulador, exigindo maior padronização de procedimentos e maior transparência nas ações de regulação e fiscalização.

Produto esperado: Formalização de um padrão sistemático de monitoramento da regulação do setor e avaliação do grau de divulgação dos parâmetros de análise. Documento com os critérios de fiscalização do setor.

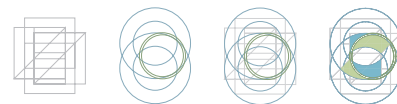
Avanços em 2013: Discussão em Grupo de Trabalho interno.

Próximos passos: Elaboração de Nota Técnica.

5.6 Estabelecer bases da política de relacionamento entre operadoras e seus beneficiários.

Problema: A assimetria de informações é uma característica notória do mercado de saúde suplementar. Sabe-se que a ausência e/ou precariedade de informações comprometem a capacidade dos atores do setor regulado de incidirem sobre o processo regulatório. Cabe ao agente regulador promover ações que reduzam esta assimetria no setor regulado e a necessidade de induzir a qualificação da relação entre operadoras e seus beneficiários.

Produto esperado: Criar incentivos ao mercado para a redução dos conflitos através da utilização do “Indicador NIP” – Notificação de Investigação Preliminar. Regular a criação e/ou remodelamento de uma política de relacionamento entre operadoras e seus beneficiários. Promover integração com pesquisa de satisfação do beneficiário



para aprimoramento dos canais de relacionamento da ANS. Potencializar a utilização da informação produzida pela Central de Relacionamento da ANS. Aperfeiçoar e intensificar as ações do Programa Parceiros da Cidadania na construção de redes de trocas de informação nos espaços de interlocução com a sociedade.

Avanços em 2013: Consulta Interna de minutas dos normativos. Criados Grupos de Trabalho.

Próximos passos: Submissão das minutas à Procuradoria Geral - PROGE e à Diretoria Colegiada. Realização de Consulta Pública. Publicação do normativo.

Eixo 6 – Integração da Saúde Suplementar ao SUS

Tem por objetivo aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS e promover a integração das informações de saúde, ampliando a efetividade do cuidado.

Projetos:

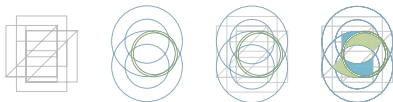
6.1 Continuar o desenvolvimento do Registro Eletrônico em Saúde – RES.

Problema: Os dados de saúde encontram-se fragmentados, dispersos e diversificados, não permitindo que o sistema de saúde e nem mesmo o próprio indivíduo tenha uma visão integral e longitudinal das informações de saúde, dificultando a segurança e qualidade na atenção à saúde.

Produto esperado: Estudos de alternativas que permitam visão integral e longitudinal das informações em saúde, garantindo a continuidade dos tratamentos, com maior segurança e qualidade na atenção à saúde, ampliando a efetividade do cuidado e reduzindo incidência de erros na assistência.

Avanços em 2013: Concluída Avaliação de Impacto Regulatório apontando para o desenvolvimento do RES Nacional. Alinhamento das propostas da (Avaliação de Impacto Regulatório) com as ações propostas pelo MS.

Próximos passos: Registro Eletrônico de Saúde: Portal do Cidadão – Ampliação da cobertura do CNS e proposição de regras de consentimento de acesso aos dados. RES de produção – Viabilização da interoperabilidade: CNES, terminologias (TUSS e SUS) e CIHA. RES clínico – Análise da proposta do MS da arquitetura de dados e terminologias do Prontuário Eletrônico do Cidadão.



6.2 Aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS.

Problema: O modelo atual para cobrança do ressarcimento ao SUS apresenta acúmulo progressivo de processos e documentos, tendo em vista o envio por parte das operadoras, de impugnações de caráter meramente protelatório.

Produto esperado: Estudos para redução do custo operacional do ressarcimento, para a ANS e operadoras, com maior agilidade no processo de cobrança, trazendo a cobrança para o início do processo.

Avanços em 2013: Criado Grupo Técnico. Elaborada proposta e realizada consulta à Procuradoria Geral - PROGE.

Próximos passos: Deliberação da Diretoria Colegiada da ANS. Consulta Interna. Elaboração da Minuta de RN. Desenvolvimento de Tecnologia de Informação.

6.3 Implementar modelo de certificação das operadoras junto ao ressarcimento ao SUS.

Problema: Apesar de avanços consideráveis, ainda há operadoras em débito com o ressarcimento, necessitando de estímulo para regularizarem sua situação.

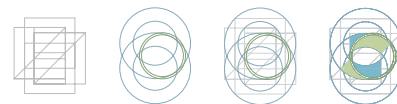
Produto esperado: Certificar positivamente as operadoras que se adequaram aos novos normativos e que efetuaram seu pagamento dentro de prazos estabelecidos, com informação atualizada no Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Avanços em 2013: Elaborada minuta de RN. Realizada Consulta Interna. Análise das contribuições. Reformulação da proposta.

Próximos passos: Deliberação da Diretoria Colegiada. Reanálise da proposta de construção de modelo de certificação das operadoras junto ao Ressarcimento ao SUS.

6.4 Construir mapa de utilização do SUS por parte dos beneficiários, como instrumento de regulação das operadoras de planos de saúde.

Problema: Normalmente, pensa-se o ressarcimento ao SUS como instrumento arrecadador de recursos das operadoras para enviá-los ao Fundo Nacional de Saúde. Entretanto, as informações produzidas por meio do relacionamento de bases de dados (*record linkage*) do cadastro de beneficiários e os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), além de identificar as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), passíveis de ressarcimento, produzem um mapa de utilização do SUS por parte dos beneficiários, que pode ser utilizado, por exemplo, para avaliar se a rede



das operadoras está adequada, ou se o tratamento no SUS decorre de uma negativa de cobertura, informação que poderia ser utilizada no processo de fiscalização tanto preventivo como reativo.

Produto esperado: Avaliar a dispersão/adequação de rede da operadora em determinada região, sob o ponto de vista da utilização do SUS, utilizando para tal os dados do ressarcimento. Avaliar a negativa de cobertura e se esta leva à utilização do SUS por parte dos beneficiários. Divulgar o mapa de utilização do SUS por parte dos beneficiários para auxiliar o gestor do SUS no seu planejamento e nos seus processos de auditoria do sistema.

Avanços em 2013: Metodologia em análise.

Próximos passos: Criação de Grupo Técnico para elaboração da proposta.

Eixo 7 – Governança Regulatória

Visa à melhoria da qualidade regulatória e o aprimoramento da gestão institucional da ANS.

Projetos:

7.1 Implantar a Análise de Impacto Regulatório (AIR) e operacional na ANS.

Problema: Não há ainda plena implementação da Análise de Impacto Regulatório, de acordo com os princípios das boas práticas regulatórias.

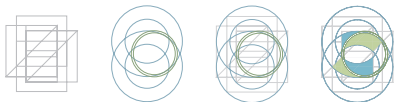
Produto esperado: Implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos projetos regulatórios de grande impacto no setor, que apoiem sua análise nos princípios metodológicos da AIR.

Avanços em 2013: Constituído Grupo Executivo. Avaliação inicial do uso do Sumário Executivo de Impacto Regulatório.

Próximos passos: Definição de metodologia multicritério para aprofundamento das análises de impacto. Propostas de melhoria no fluxo do processo regulatório. Elaboração de um Guia com os critérios para estudos e análises.

7.2 Ampliar a participação social.

Problema: Apesar de consideráveis avanços, a ANS ainda não alcança a todas as partes interessadas no tempo, espaço e condições adequadas.



Produto esperado: Aprimorar os mecanismos existentes de participação social e verificar com as partes interessadas o atendimento às suas expectativas.

Avanços em 2013: Articulação com a Secretaria Nacional do Consumidor - SENACOM e Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação - PRO-REG em relação às ferramentas de AIR, de forma a possibilitar ampliação quantitativa e qualitativa da participação.

Próximos passos: Discussão das oportunidades de melhorias nos mecanismos de consulta e da satisfação com o processo de consulta. Elaboração de Guia Técnico acerca dos mecanismos de consultas.

7.3 Aperfeiçoar a Carta de Serviços externa e implantar sua versão interna gerando valor e confiança na instituição.

Problema: Gestão estratégica incipiente, com grau insuficiente de padronização de seus serviços.

Produto esperado: Incentivar a gestão estratégica da agência, por meio de compromissos assumidos com seus clientes externos e internos.

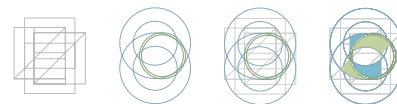
Avanços em 2013: Aperfeiçoamento da Carta de Serviços externa, com definição de prazos. Iniciado o projeto da Carta de Serviços Interna, com base em piloto realizado em 2012.

Próximos passos: Continuidade à revisão dos serviços externos. Mapeamento das entregas internas. Relatório final.

7.4 Implantar a gestão de processos, rumo à agência eletrônica, com ênfase no processo eletrônico de fiscalização.

Problema: Os processos de trabalho carecem de uma atualização que contribua para a composição de um desenho organizacional moderno, eficiente e eficaz, de acordo com as mais modernas práticas da administração pública e de possibilidades de transformação da ANS em uma agência eletrônica. Necessidade estratégica de finalização dos trabalhos para implantação do Processo Eletrônico de Fiscalização.

Produto esperado: Introdução à cultura de gestão por processos na Agência, que proporcionará a detenção e manutenção do conhecimento interno com a consequente disseminação e apropriação técnica por parte dos atores internos diretamente envolvidos na execução das atividades relacionadas. Detecção de gargalos, etapas desnecessárias, áreas com excesso de trabalho, áreas ociosas e oportunidade de



reestruturação adequada da força de trabalho da ANS. Promover a celeridade do trâmite administrativo no tratamento das demandas da fiscalização. Disponibilizar para a gestão as informações contidas na base de dados, sobre todos os processos da fiscalização. Garantir a publicidade do conteúdo das demandas e processos de fiscalização, através da consulta eletrônica, para as partes interessadas - operadoras e consumidores.

Avanços em 2013: Realizados estudos de metodologias de gestão de processos aplicáveis à ANS. Realizado seminário de sensibilização. Elaborado Termo de referência para contratação.

Próximos passos: Contratação de empresa para diagnóstico, desenho e remodelagem dos processos estratégicos ANS.

7.5 Implantar a gestão de projetos para eficácia regulatória.

Problema: Não existe uma metodologia única para gerenciar os projetos o que propicia que sejam executados sem um planejamento de escopo, falta de registro dos eventos que ocorreram, assim como projetos fora do prazo.

Produto esperado: Dar maior transparência aos projetos, inclusive aos de pesquisa, e disseminar as ferramentas necessárias. Promover a implantação da cultura de gestão por projeto promovendo um alinhamento entre os objetivos estratégicos da ANS e o que efetivamente executado.

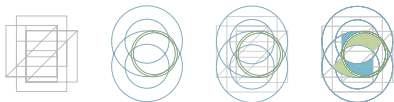
Avanços em 2013: Customização de formulários. Definição da ferramenta para o acompanhamento dos projetos. Realizado *workshop* e capacitação de servidores.

Próximos passos: Elaboração de Manual de Gerenciamento de Projetos contendo a metodologia de Gestão de Projetos da ANS. Aprimoramento da ferramenta e da metodologia de GP através de projetos-pilotos. Divulgar a metodologia e ferramenta de Gerenciamento de Projetos para toda agência. Capacitação dos servidores de todas as unidades na metodologia e ferramenta de projetos.

7.6 Promover a gestão socioambiental sustentável, criando estratégias de construção de uma nova cultura institucional para inserção de critérios socioambientais na administração.

Problema: Apesar de algumas iniciativas já em curso pela administração, a instituição ainda não incorporou os princípios e critérios da gestão ambiental em sua cultura organizacional.

Produto esperado: Implantar a gestão socioambiental sustentável das atividades administrativas e operacionais.



Avanços em 2013: Elaborado Plano Gestão de Logística Sustentável para a ANS. Implantada coleta seletiva de papel e lixo eletrônico com doação à Cooperativa. Implantado espaço de livre leitura e jardim para integração, na cobertura do edifício sede. Incentivo à diminuição do uso de copos descartáveis.

Próximos passos: Implantação da coleta seletiva nas estações de trabalho. Realização da primeira licitação verde. Ações de economia de recursos naturais, em concomitância a campanhas de conscientização dos trabalhadores da ANS. Incentivo ao transporte alternativo e realização de atividades físicas.

7.7 Implantar a política de gestão do conhecimento.

Problema: O conhecimento é produzido, mas não é disseminado e compartilhado de forma sistemática.

Produto esperado: Implementar a política da gestão do conhecimento.

Avanços em 2013: Levantamento das iniciativas de Gestão do Conhecimento na ANS. Estudo e seleção de modelo de Gestão do Conhecimento para a ANS. Realização de diagnóstico de maturidade institucional em Gestão do Conhecimento.

Próximos passos: Elaboração de estratégia e plano de ação a partir do diagnóstico. Implementação das ações prioritárias. Elaboração da Política de Gestão do Conhecimento ANS.

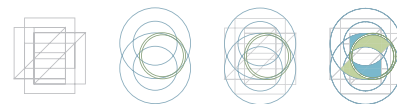
7.8 Estudar a consolidação da entrega de informações periódicas à ANS.

Problema: Múltiplos sistemas para envio de informações periódicas à ANS.

Produto esperado: Unificação dos sistemas de informação periódica da ANS. Diminuição dos custos relacionados ao monitoramento e aplicação de sanções pelo não envio de informações à ANS. Ferramenta para representação automática das operadoras irregulares ou inadimplentes, com geração eletrônica de notificações, processos e uso mínimo de força de trabalho.

Avanços em 2013: Análise acerca da possibilidade de integração dos sistemas de envio de informações periódicas. Análise acerca do potencial de ganho com a medida.

Próximos passos: Realização de debates internos com todas as diretorias acerca das análises prévias realizadas. Redação de uma Nota Técnica com análise da relação custo/benefício e custo/efetividade.



III – AVANÇOS REGULATÓRIOS

Entre os avanços regulatórios estão ações realizadas pela ANS nos anos anteriores, que foram aperfeiçoadas ou implementadas em 2013, e ações oriundas da Agenda Regulatória do atual biênio.

1. MONITORAMENTO DAS OPERADORAS

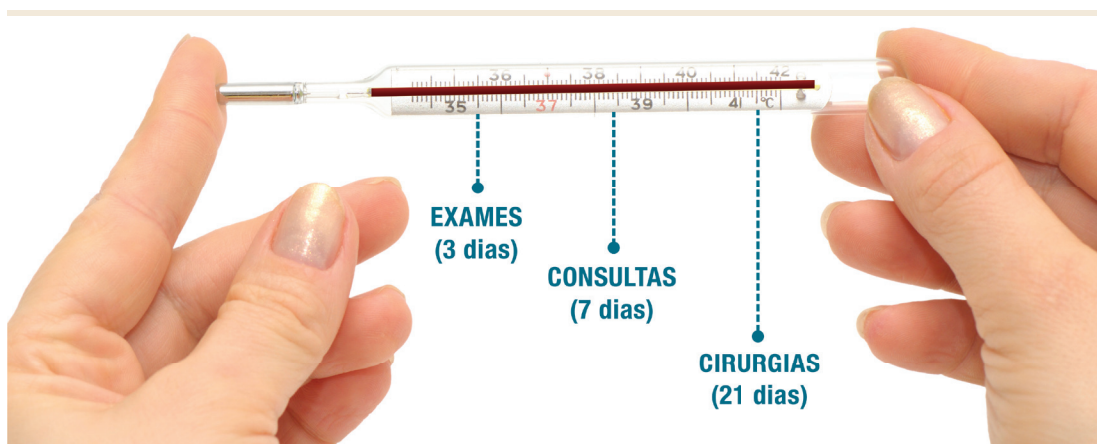
Entre as principais conquistas relacionadas ao monitoramento das operadoras estão o monitoramento do cumprimento dos prazos máximos para atendimento, ampliado em 2013 para inclusão das negativas de cobertura; o monitoramento do Risco Assistencial; a apuração do IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar; os avanços no Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS INDICADORES; e as medidas de monitoramento econômico-financeiro.

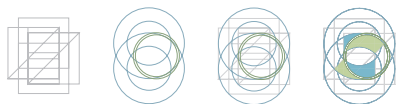
1.1 Medida cautelar de proteção ao consumidor: monitoramento do cumprimento dos prazos máximos para atendimento

A suspensão da comercialização é uma medida preventiva com o objetivo de melhorar o acesso do cidadão aos serviços contratados

Motivos das suspensões:

- Descumprimento dos prazos máximos de atendimento para marcação de consultas, exames e cirurgias
- Negativas indevidas de cobertura





Desde dezembro de 2011, a ANS monitora as operadoras de planos de saúde, quanto ao cumprimento da RN nº 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.

A elaboração desta da RN nº 259/2011 foi feita em etapas: i) em 2010 a ANS realizou junto às operadoras, Pesquisa sobre Prazo Médio de Assistência na Saúde Suplementar, para conhecer o tempo médio de atendimento das solicitações de exames, consultas e internações; ii) com análise dos dados fornecidos pelas próprias operadoras, foi aberta a Consulta Pública nº 37, sobre a Garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, que recebeu 2.155 contribuições; iii) a partir da análise e consolidação das sugestões foi publicada a RN nº 259, de 17 de junho de 2011; iv) em setembro do mesmo ano, a RN nº 268, alterou a RN nº 259, de 2011, incluindo detalhamento de pontos que precisaram de maior definição; v) em dezembro a RN nº 259 entrou em vigor.

Os prazos máximos para atendimento de consultas, exames e internações foram assim definidos:

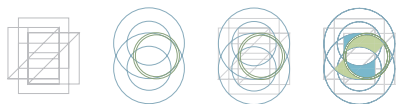
| Serviços | Prazo máximo (dias úteis) |
|--|---|
| Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia | 07 (sete) |
| Consulta nas demais especialidades médicas | 14 (catorze) |
| Consulta/sessão com fonoaudiólogo | 10 (dez) |
| Consulta/sessão com nutricionista | 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) |
| Procedimento 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. As notas vão de 0 a 4, em que zero significa que o serviço atendeu às normas e quatro que é a pior avaliação. Os planos com pior avaliação estão sujeitos à suspensão temporária da comercialização.

Para avaliar, a ANS utiliza as reclamações dos consumidores analisadas e definidas como procedentes. A partir das reclamações, a operadora tem cinco dias úteis para responder às notificações recebidas da Agência. Na sequência, o consumidor pode se manifestar em 10 dias úteis, sobre a solução ou não de seu problema.

A suspensão da comercialização dos planos é uma medida preventiva, antes que se aplique medidas ainda mais rigorosas. As operadoras estão sujeitas a multas que variam de R\$ 80 mil a R\$ 100 mil. Em casos de reincidência, podem ter decretado regime especial de direção técnica, inclusive com a possibilidade de afastamento dos seus dirigentes.





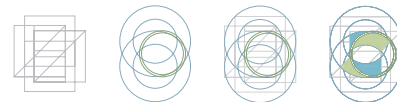
Monitoramento em 2013

Desde a vigência da norma, a Agência realizou oito ciclos de monitoramento, que resultaram em cinco medidas de suspensão da comercialização de planos de saúde.

As medidas conquistaram ampla adesão da sociedade e representaram, sem dúvida, importante fator para o maior conhecimento da ANS pelos consumidores. O aumento do número de reclamações recebidas pela ANS, a partir de março de 2012, foi exponencial. A seguir o quadro resumo dos Ciclos de Monitoramento.

| Período | Total de Reclamações | OPS médico-hosp. com reclamações | OPS excl. odont. com reclamações | Operadoras com planos suspensos no período | Planos suspensos no período |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------|
| 1º ciclo 19/12/2011 18/03/2012 | 2.981 | 191 | 14 | 0 | 0 |
| 2º ciclo 19/03/2012 18/06/2012 | 4.682 | 162 | 02 | 37 | 37 |
| 3º ciclo 19/06/2012 18/09/2012 | 10.144 | 233 | 08 | 38 | 38 |
| 4º ciclo 19/09/2012 18/12/2012 | 13.600 | 415 | 20 | 29 | 29 |
| 5º ciclo 19/12/2012 18/03/2013 | 13.348 | 480 | 29 | 0 | 0 |
| 6º ciclo 19/03/2013 18/06/2013 | 17.417 | 523 | 30 | 26 | 246 |
| 7º ciclo 19/06/2013 18/09/2013 | 15.158 | 491 | 24 | 41 | 150 |
| 8º ciclo 19/09/2013 18/12/2013 | 17.599 | 492 | 31 | 47 | 111 |

Em 2013, o monitoramento foi ampliado para avaliar também a garantia de acesso dos beneficiários às coberturas previstas em lei, nos seus regulamentos e contratos. Em suma, passou a avaliar o descumprimento dos prazos máximos de atendimento para marcação de consultas, exames e cirurgias, bem como as negativas indevidas de cobertura (rol de procedimentos, período de carência, rede de atendimento, reembolso e mecanismos de autorização para os procedimentos).



As operadoras de planos de saúde, afetadas pela medida, procuraram reagir à suspensão, por meio do Poder Judiciário. A seguir a cronologia das decisões judiciais.

20/08/2013 A ANS anuncia pela manhã a suspensão da comercialização de 212 planos de 21 operadoras como resultado do 6º ciclo de monitoramento da garantia de atendimento. Outros 34 planos de cinco operadoras já estavam suspensos em ciclos anteriores e foram assim mantidos, por não sanar os problemas apontados pelos beneficiários e comprovados pela ANS. Ou seja, 246 planos de 26 operadoras estavam com a comercialização suspensa naquele momento.

No mesmo dia, o Tribunal Regional Federal 2ª Região (Rio de Janeiro) concede liminar parcialmente desfavorável à suspensão, por solicitação da Federação Nacional de Saúde Suplementar - Fenasaúde.

22/08 A Agência é formalmente intimada e pede reconsideração da decisão do TRF 2ª Região. Enquanto não obtém a resposta, deixa de aplicar a suspensão da comercialização de planos, que iniciaria no dia seguinte, 23/08.

28/08 Após decisão do TRF 2ª Região sobre a reconsideração pedida, a ANS anuncia que irá aplicar as suspensões a partir de 30/08.

30/08 Começa a aplicação das suspensões.

03/09 A ANS é intimada formalmente da decisão liminar de outro tribunal, o TRF 3ª Região, e deixa de aplicar as suspensões, em cumprimento a essa decisão judicial.

04/09 A Agência é intimada da nova decisão do TRF 2ª Região, que determina o recálculo da avaliação da garantia de atendimento.

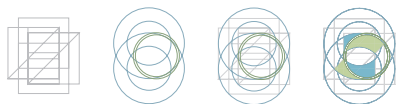
10/09 A ANS toma conhecimento de nova liminar parcial da Justiça Federal do Rio de Janeiro, proposta pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - Unidas.

08/10 A ANS obtém no Superior Tribunal de Justiça (STJ), em Brasília, decisão que autoriza a retomada da suspensão da comercialização de planos de saúde.

12/12 O presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministro Joaquim Barbosa, mantém a decisão do STJ.

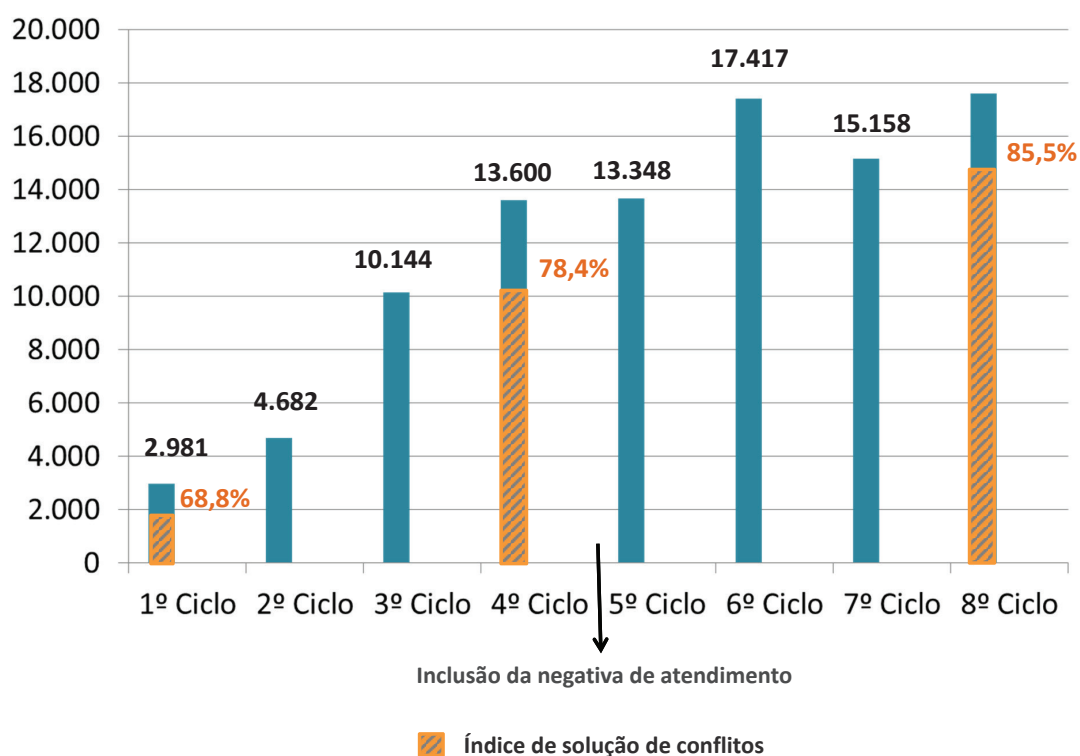
17/04/2014 O TRF 2ª região (Rio de Janeiro) cassa a liminar que favorecia a UNIDAS e impedia a aplicação das suspensões às autogestões.

O 8º Ciclo de Monitoramento, último de 2013, foi divulgado em 18 de fevereiro de 2014, e suspendeu a comercialização de 111 planos de saúde, em função do descumprimento de prazos e das negativas indevidas de cobertura assistencial contratada pelos consumidores, de 47 operadoras. Entre 19 de setembro e 18 de dezembro de 2013, período de coleta de dados deste 8º ciclo, a ANS recebeu 17.599 reclamações sobre 523 planos de saúde – alta de 16% no número de reclamações em comparação ao período anterior. Este é o maior número de reclamações desde que o programa de monitoramento foi implantado, em dezembro de 2011.

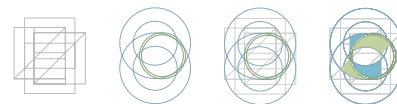


Ao todo, 77 planos de 10 operadoras que conseguiram melhorar o acesso e a qualidade dos seus serviços, neste ciclo, foram reativados. Outras 22 operadoras tiveram reativação parcial de seus planos autorizada pela ANS - 45 dos planos dessas operadoras agora estão sendo liberados. A reativação desses 122 planos, ao todo, representa uma melhora assistencial que atinge diretamente mais de 3,5 milhões de consumidores.

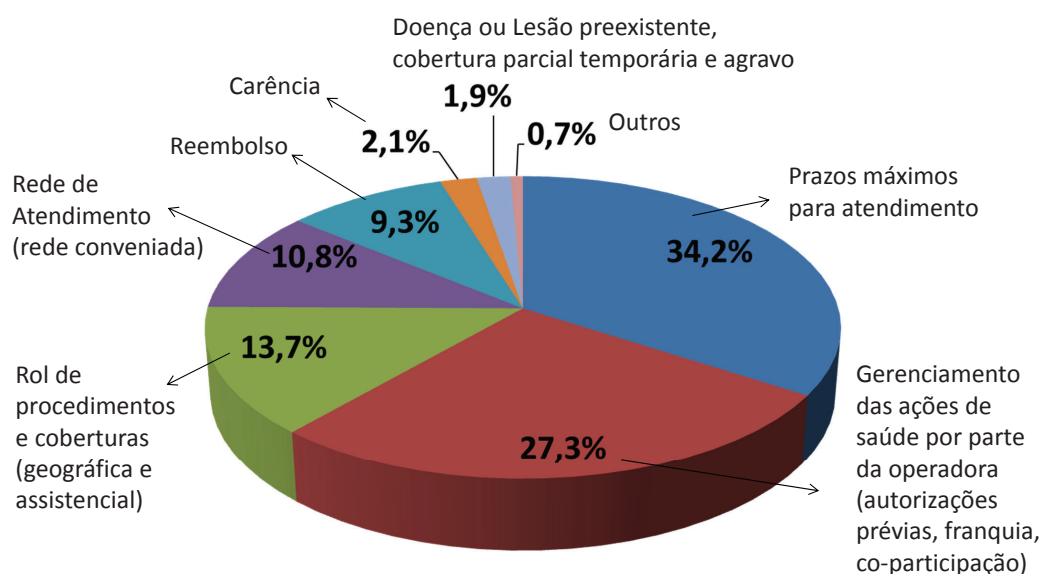
Número de reclamações recebidas pela ANS por Ciclo de Monitoramento



Em 2013, a ANS constituiu o Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento, com objetivo de ampliar a discussão do monitoramento no âmbito técnico com apresentação de propostas para o aperfeiçoamento da metodologia. O Grupo conta com técnicos da ANS, representantes das operadoras de planos de saúde, órgãos de defesa do consumidor, Ministério Público e Defensoria Pública. Duas reuniões já foram realizadas, em dezembro de 2013 e janeiro de 2014.



Perfil de reclamações em 2013 (5º ao 8º ciclo)



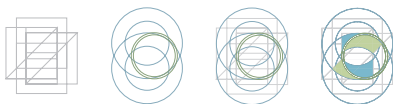
1.2 Monitoramento econômico-financeiro

A ANS monitora diariamente os valores e os indicadores econômico, financeiro e patrimonial das operadoras de planos de saúde. Orienta sobre constituição, organização e funcionamento, qualificação, contabilidade e dados atuariais sobre reservas e provisões, critérios de constituição de garantias econômico-financeiras, parâmetros de capital e patrimônio líquido, criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros, recuperação financeira, regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial.

As medidas de acompanhamento e de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras estão neste relatório no capítulo Sustentabilidade do Setor. Estas e outras medidas da ANS visam a recuperação econômico-financeiro das operadoras, evitando assim a instauração de regimes especiais nas operadoras.

Os Regimes Especiais são medidas administrativas aplicadas quando outras menos gravosas não foram exitosas. Os regimes instaurados pela ANS são: direção técnica, direção fiscal e liquidação extrajudicial. Em geral, as operadoras estão em regime especial por uma gama de anormalidades e jamais por um único motivo.

Quando a ANS identifica problemas econômico-financeiros, estabelece para a operadora um Plano de Recuperação composto por um conjunto de medidas administrativas corretivas, materializadas em uma projeção de fluxo de caixa que, partindo de uma situação patrimonial de desequilíbrio econômico-financeiro, possibilita o retorno à situação de normalidade.

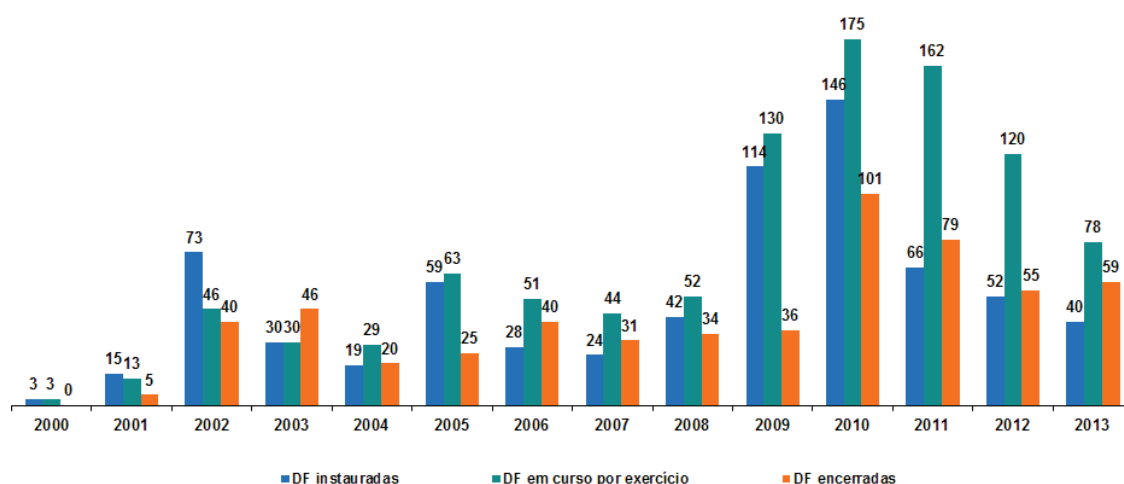


A direção fiscal ocorre quando a Agência verifica na operadora uma ou mais anormalidades administrativas e/ ou econômico-financeiras, de natureza grave. Seu objetivo é evitar o risco à continuidade ou à qualidade do atendimento à saúde dos consumidores.

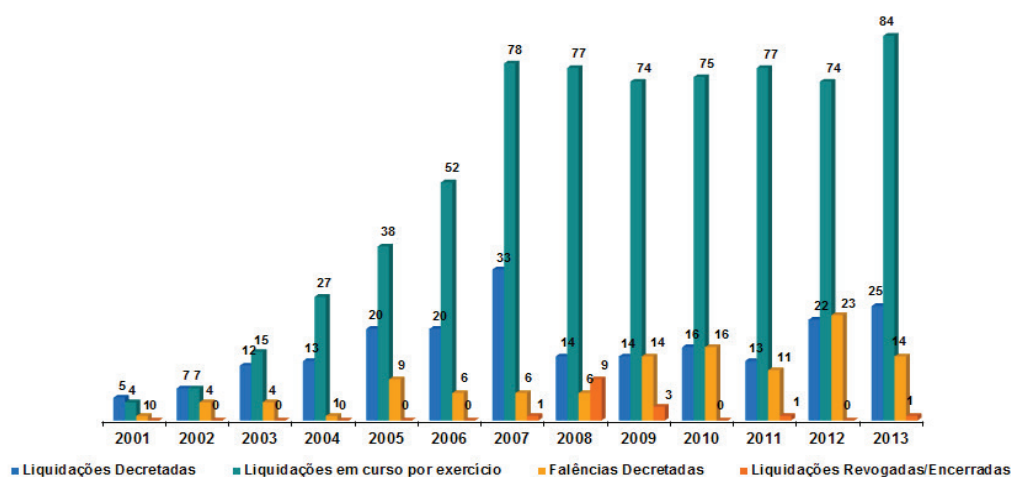
Já na liquidação extrajudicial, ocorre a dissolução compulsória de operadora, decretada em face da existência, em caráter irreversível, de anormalidades administrativas ou econômico-financeiras graves que inviabilizam a sua continuidade.

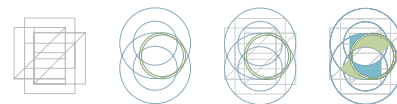
Em 2013, a ANS acompanhou 114 planos de recuperação econômico-financeira; 78 direções fiscais; e 84 liquidações extrajudiciais estiveram em curso. A seguir, os gráficos com a evolução das direções fiscais e das liquidações extrajudiciais, de 2000 a 2013.

Evolução das Direções Fiscais (2000-2013)



Evolução das Liquidações Extrajudiciais (2000-2013)





Em 2013, a Agência publicou 63 Resoluções Operacionais dispondo sobre portabilidade especial e 21 sobre portabilidade extraordinária de carência pelos beneficiários de operadoras que apresentaram grave risco à continuidade da assistência.

Nas duas formas de portabilidade, os beneficiários podem ingressar em outras operadoras, levando consigo os períodos de carência já cumpridos, independentemente do tipo de contratação do plano de origem e da data de aniversário dos contratos.

Na portabilidade especial, a adesão do beneficiário pode ser aceita ou não pela nova operadora, para isso deve ser solicitada a proposta de adesão que deverá ser dada em até 20 dias após a assinatura da proposta. Se a operadora do plano de destino não responder no prazo, considera-se que aceitou a proposta. Na portabilidade extraordinária, o beneficiário deve se dirigir à operadora escolhida, que deverá aceitá-lo imediatamente, caso o plano seja compatível e esteja com a documentação necessária.

O terceiro regime especial instaurado pela ANS é a direção técnica abordada a seguir.

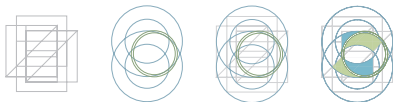
1.3 Monitoramento do Risco Assistencial

O monitoramento do Risco Assistencial visa acompanhar as informações relacionadas aos planos de saúde das operadoras, que possam indicar risco à qualidade ou à continuidade da assistência aos beneficiários de planos de saúde. Consiste em um processo periódico e sistemático de análise e produção de informações, a partir das reclamações dos beneficiários e dos dados encaminhados pelas operadoras aos sistemas de informações da ANS.





Os objetivos do monitoramento são: i) monitorar e acompanhar indiretamente a evolução do risco assistencial das operadoras por meio da identificação dos indícios de anormalidades administrativas e assistenciais; ii) subsidiar a priorização das operadoras para a realização de visita técnica; iii) produzir um diagnóstico in loco das anormalidades sinalizadas na avaliação da operadora.

A regulação assistencial é o foco da iniciativa de estabelecer o plano de recuperação assistencial e a direção técnica. O objetivo é promover ações corretivas das práticas das operadoras, que constituam risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários.

O resultado da avaliação é divulgado trimestralmente. A análise é feita por meio de um conjunto de indicadores, sendo que as reclamações por negativa de cobertura, informadas pela Notificação de Investigação Preliminar (NIP), têm peso significativo na composição da nota final. Há pontuação bônus para as operadoras que oferecem programas de promoção da saúde aprovados na ANS.



De acordo com o resultado, as operadoras recebem uma nota final que varia de zero a 1 e classificadas em quatro faixas de risco conforme o quadro a seguir.

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

Após o diagnóstico da situação real, dado pelo monitoramento, a ANS poderá adotar medidas para solucionar os problemas, ou constatar a impossibilidade da permanência da operadora no mercado, por incapacidade de atendimento às exigências previstas na Lei nº 9.656, de 1998, sob o ponto de vista administrativo e assistencial.

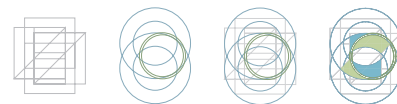
As operadoras classificadas no status verde e amarelo são monitoradas remotamente por meio dos indicadores. As com risco moderado, que se enquadram nos critérios de priorização, são selecionadas para Visita Técnica Assistencial, e deverão apresentar e documentar as medidas implementadas para corrigir os problemas, ou apresentar um Plano de Recuperação Assistencial com medidas, projeções e metas a serem alcançadas para a correção, acompanhado dos documentos comprobatórios. As operadoras com risco alto (status vermelho) são analisadas quanto ao enquadramento nos critérios de Plano de Recuperação ou de Direção Técnica.

Plano de recuperação assistencial é o conjunto de medidas administrativas corretivas, proposto pela operadora, para sanar as irregularidades administrativas que possam colocar em risco a qualidade e a continuidade do atendimento aos beneficiários.

As empresas enquadradas nos critérios de priorização são selecionadas para Visita Técnica Assistencial, que é o procedimento in loco na operadora, realizado para averiguar informações relacionadas aos produtos, constatar anormalidades assistenciais e traçar um diagnóstico, com o objetivo de analisar a atenção prestada aos beneficiários em conformidade com as exigências da ANS e do produto contratado.

Se nenhuma das medidas apresentar resultados, a operadora entrará em Direção Técnica, instaurada quando a Agência verifica a ocorrência de anormalidades administrativas ou assistenciais graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde.

Em 2013, a ANS divulgou o relatório de três monitoramentos assistenciais, em maio, agosto e novembro. A seguir quadro com o número de operadoras por faixa de risco assistencial em novembro de 2013.



Operadoras Médico-Hospitalares com ou sem odontologia

| Índice de Risco Assistencial | TOTAL | % |
|------------------------------|-------|---------|
| Risco Baixo | 658 | 67,98% |
| Risco Pré-Moderado | 68 | 7,02% |
| Risco Moderado | 191 | 19,73% |
| Risco Alto | 39 | 4,03% |
| Não se aplica* | 12 | 1,24% |
| TOTAL | 968 | 100,00% |

*Obs: Apesar de elegíveis ao monitoramento, 1,24% das operadoras médico-hospitalares não se enquadraram nas regras de aplicabilidade dos indicadores em função de i) registro recente na ANS e ii) não apresentarem beneficiários nos períodos de análise dos indicadores.

Operadoras Exclusivamente Odontológicas

| Índice de Risco Assistencial | TOTAL | % |
|------------------------------|-------|---------|
| Risco Baixo | 314 | 79,90% |
| Risco Pré-Moderado | 12 | 3,05% |
| Risco Moderado | 42 | 10,69% |
| Risco Alto | 17 | 4,33% |
| Não se aplica* | 8 | 2,04% |
| TOTAL | 393 | 100,00% |

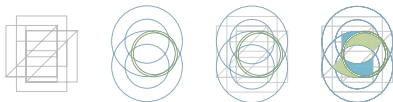
*Obs: Apesar de elegíveis ao monitoramento 2,04% das operadoras exclusivamente odontológicas não se enquadraram nas regras de aplicabilidade dos indicadores em função de i) registro recente na ANS e ii) não apresentarem beneficiários nos períodos de análise dos indicadores.

Em 2013, a ANS instaurou oito direções técnicas; acompanhou 16, encerrou oito e acompanhou sete planos de recuperação.

As operadoras podem consultar os seus resultados pelo Prontuário de Resultados e pelo Painel de Indicadores do Monitoramento Assistencial, no portal da ANS.

1.4 IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2013

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar foi implementado em 2004 e estabelecido em 2008 em norma da 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.



Seus objetivos são: aumentar a transparência do setor; estimular o aprimoramento contínuo das operadoras; fornecer subsídios para a escolha do consumidor, e estimular a concorrência do setor.

A avaliação é feita por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela Agência, com base nos dados dos sistemas de informação e nos sistemas nacionais de informação em saúde. O índice varia de 0 a 1 (zero a um), abrangendo a soma dos diversos indicadores para a avaliação global do setor.



O IDSS considera quatro dimensões, que possuem diferentes ponderações: assistencial (40%), econômico-financeira (20%), estrutura e operação (20%) e satisfação do beneficiário (20%).

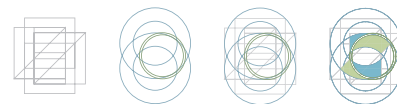
A dimensão Atenção à Saúde avalia a qualidade da atenção, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de saúde.

A Econômico-Financeira acompanha o equilíbrio econômico-financeiro sob o ponto de vista das condições de liquidez e solvência, e avalia a capacidade de manter-se em dia com suas obrigações financeiras junto aos prestadores de serviços de saúde.

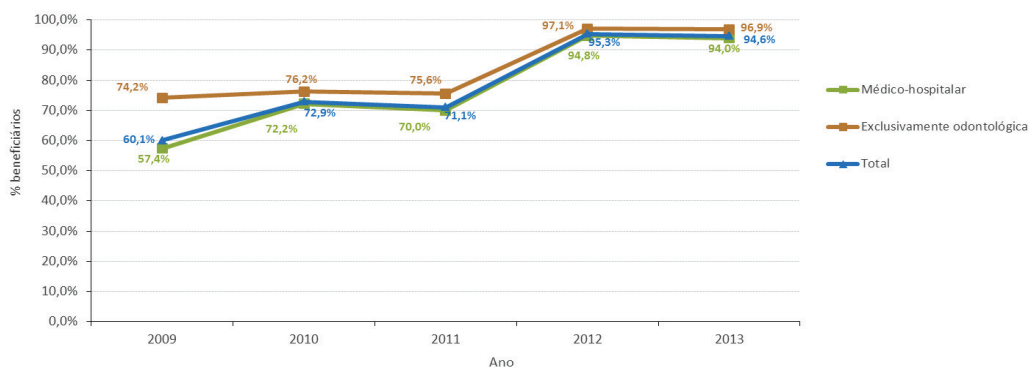
Estrutura e Operação afere as condições da oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios e centros diagnósticos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde para o atendimento de seus beneficiários. Avalia também o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto a ANS.

Na dimensão Satisfação dos Beneficiários são utilizadas as reclamações recebidas pela ANS, indicadores de permanência dos beneficiários, mede a gravidade das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras e, a partir de 2013, agrega um indicador com os resultados da pesquisa de satisfação realizada com os beneficiários.

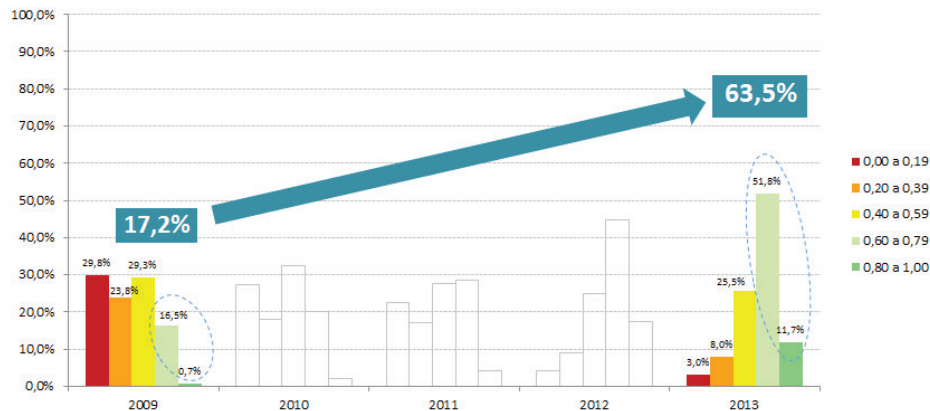
Em dezembro, a ANS divulgou o IDSS 2013 – ano base 2012. O índice demonstra que 94,6% dos beneficiários de planos de saúde estão em operadoras com avaliação regular, bom ou muito bom. De 2009 a 2013, os resultados das operadoras médico-hospitalares demonstram evolução positiva de 17,2% para 63,5% no percentual de operadoras nas duas melhores faixas do IDSS e aumento do percentual de beneficiários de 43,6% para 74%. Em relação às duas piores faixas, houve redução de 53,6% para 11% no percentual de operadoras, e diminuição de 25% para 3,8%, no percentual de consumidores.



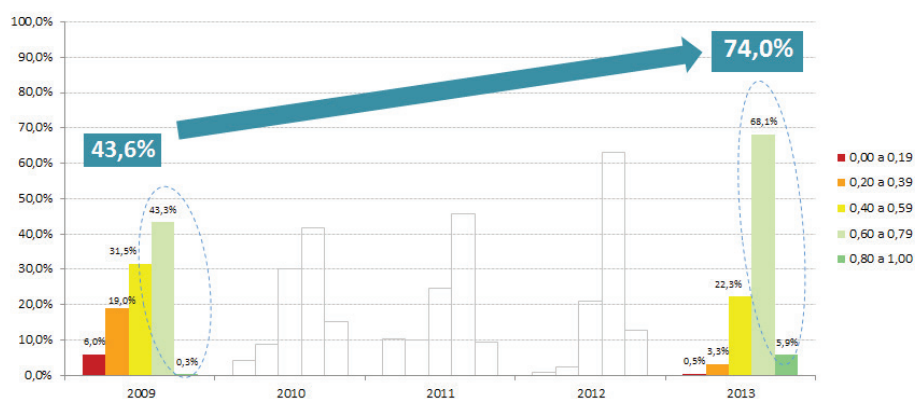
Distribuição percentual de beneficiários em operadoras com IDSS de 0,5 ou mais (2009-2013)

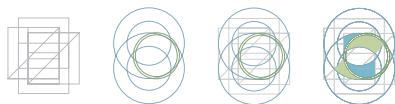


Distribuição percentual de operadoras médico-hospitalares por faixa de IDSS (2009-2013)



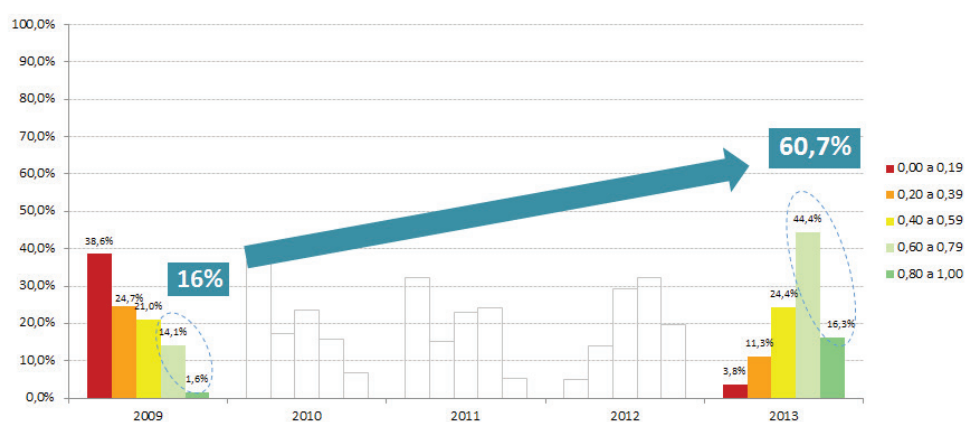
Distribuição percentual de beneficiários de planos médico-hospitalares por faixa de IDSS (2009-2013)



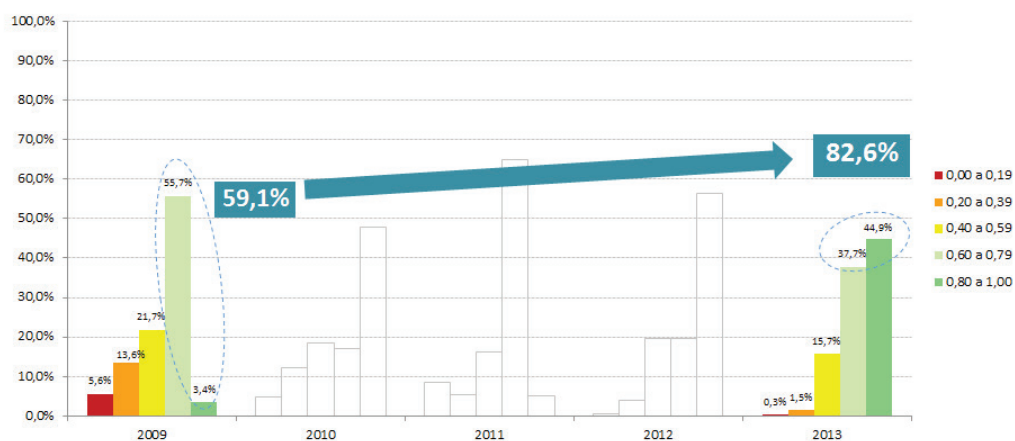


Quanto às operadoras exclusivamente odontológicas, houve aumento do percentual nas duas melhores faixas de IDSS, de 16% para 60,7% entre 2009 e 2013, e aumento de 59,1% para 82,6% no percentual de beneficiários. Nas duas piores faixas, o percentual de operadoras caiu de 63,3% para 15,1%, e o de beneficiários de 19,2% para 1,8%.

Distribuição percentual de operadoras odontológicas por faixa de IDSS (2009-2013)



Distribuição percentual de beneficiários de planos odontológicas por faixa de IDSS (2009-2013)



1.5 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. É calculado a partir do total de reclamações recebidas Agência. As reclamações podem ser feitas por meio do Disque ANS, correio eletrônico, correspondência ou presencialmente em um dos doze Núcleos de Atendimento da ANS distribuídos pelo país.

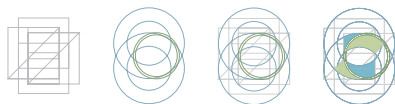


O Índice tem periodicidade mensal e representa a média do número de reclamações nos seis meses anteriores, para cada conjunto de 10.000 beneficiários. Assim, se o índice de reclamações das operadoras de grande porte é 1,13 em dezembro de 2013, significa que foram recebidas pela ANS, em média, entre junho e dezembro de 2013; 1,13 reclamação para cada grupo de 10.000 beneficiários destas operadoras. A consulta do índice está disponível também por operadora.

1.6 Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS INDICADORES

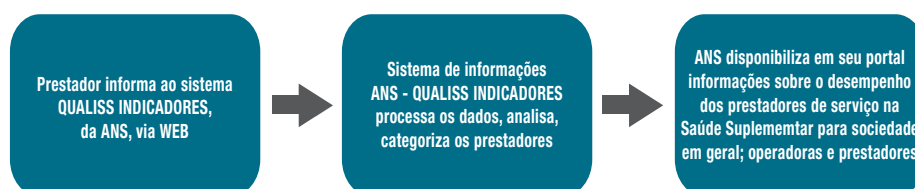
O QUALISS INDICADORES consiste em um sistema de medição que avalia a qualidade dos prestadores de serviço por meio de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de classificação dos resultados, possibilitando a comparação entre os diversos prestadores e a divulgação dos resultados para os consumidores.

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, 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, de participação obrigatória a partir de 2013.

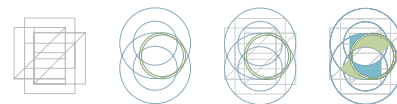
O primeiro conjunto de indicadores essenciais e recomendáveis para os hospitais foi definido em 2012. Em 2013 o conjunto foi ampliado.

Em 2013, a ANS promoveu a segunda oficina do programa QUALISS - Módulo Indicadores Hospitalares/ Estágio Avaliação Controlada para representantes e gestores de qualidade de 35 hospitais voluntários. O objetivo foi apresentar ao público o andamento e os resultados do programa, conhecer as experiências dos hospitais participantes e identificar os ajustes dos indicadores.

O Estágio de Avaliação Controlada do QUALISS INDICADORES foi de correspondeu à fase de testes dos indicadores de qualidade dos hospitais privados de várias regiões do país. A análise está sendo feita a partir de indicadores das áreas de segurança, efetividade, eficiência, acesso, equidade e centralidade no paciente.

A partir de julho de 2013, a avaliação passou a ser obrigatória para hospitais das redes próprias das operadoras, e opcional para os demais estabelecimentos.

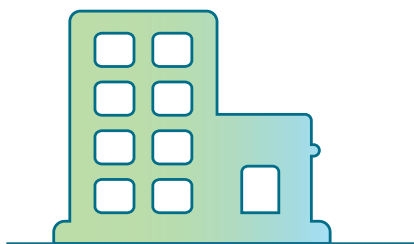
Os prestadores que apresentarem um bom desempenho receberão a autorização da ANS



para divulgar que participam do QUALISS, identificado pela letra “Q”, que deverá ficar junto com o nome do hospital, nos livrinhos da rede de prestadores e nos portais das operadoras. Esta iniciativa faz parte do QUALISS DIVULGAÇÃO, apresentado no capítulo Foco no Acesso e na Qualidade Assistencial deste Relatório.

1.7 1ª Pesquisa de Satisfação do Consumidor

Em junho de 2012, a ANS lançou a pesquisa de satisfação de beneficiários de planos privados de saúde. O objetivo foi 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.



OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

- Pontuação no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar
- Conhecimento sobre os níveis de satisfação dos seus beneficiários
- Maior aproximação com os beneficiários, gerando possibilidades de aperfeiçoamento dos serviços



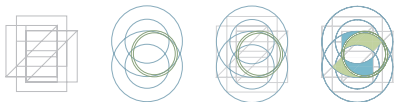
SOCIEDADE

- Maior informação quanto aos serviços prestados pelas operadoras
- Aumento da competitividade entre as operadoras
- Compatibilidade entre as operadoras do setor em relação à satisfação dos beneficiários

A ANS foi responsável pela definição dos critérios para a realização da pesquisa: definição e seleção da amostra, isto é, pela seleção das pessoas entrevistadas; desenvolvimento de questionário padronizado para todas as operadoras; auditoria dos dados coletados pelas operadoras; análise dos dados; e divulgação dos resultados. Já a entrevista com os beneficiários foi realizada pelas operadoras que aderiram à pesquisa.

A amostragem foi composta por consumidores de planos de saúde com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em todas as capitais brasileiras. A seleção foi aleatória e seguiu a proporcionalidade por Unidade da Federação. A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2012, a partir da adesão voluntária das operadoras, que receberam como incentivo a pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

Em outubro de 2013, a ANS divulgou os resultados da pesquisa. O levantamento foi realizado por 89 operadoras de grande e médio porte, que totalizam 17 milhões de consumidores, ou



seja, 25% do total de beneficiários de planos de saúde. Foram, ao todo, 67.322 entrevistados.

A pesquisa apontou que 72% dos consumidores entrevistados estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o seu plano de saúde. Entre os entrevistados, 89,15% havia utilizado o plano de saúde no último ano. Para 65,46% do total de entrevistados, os serviços superaram as expectativas e 84,9% recomendariam o seu plano de saúde para outros consumidores.

Das 89 operadoras, nove apresentaram uma maior concentração de consumidores muito satisfeitos. Entre os entrevistados, a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais, consultórios e clínicas credenciados pelo plano de saúde foi o atributo com avaliação mais positiva pelos beneficiários (73,44%), seguido pela avaliação geral do plano que alcançou 71,99%. A pesquisa reflete como mais positiva a qualidade dos prestadores de serviços e o maior grau de insatisfação foi em relação aos prazos para autorização de procedimentos (15,33%), o que reforça a necessidade das ações de monitoramento da garantia de atendimento ao consumidor.

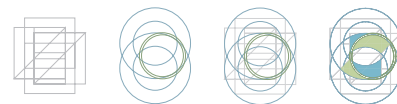
A participação das maiores operadoras passará a ser obrigatória em 2014. Os resultados da pesquisa por operadora podem ser consultados no portal da ANS, na parte Espaço da Qualidade - Avaliação da satisfação dos beneficiários por operadora - Ano 2012. Estes resultados não podem ser interpretados como representativos do setor.

2. FOCO NO ACESSO E NA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Os principais avanços do ano de 2013, quanto ao acesso e qualidade assistencial foram: a obrigatoriedade de informar por escrito aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista; a revisão e ampliação do rol de procedimentos e eventos em saúde; a implementação do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS DIVULGAÇÃO); a implementação do Programa de Acreditação de Operadoras de planos de saúde e da obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras nos seus portais corporativos na Internet; e o aperfeiçoamento das informações sobre a rede de prestadores de serviços de saúde das operadoras.

2.1 Obrigatoriedade de informar por escrito aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista.

Após estar em Consulta Pública entre 27/09/2012 a 26/10/2012, a RN nº 319, de 2013 entrou em vigor em maio de 2013, obrigando as operadoras a justificar, por escrito, em até 48h, o motivo da negativa de autorização para algum procedimento médico ou odontológico. A negativa de cobertura é a principal reclamação de usuário, cerca de 75% do total das reclamações.



A informação deve ser transmitida ao consumidor solicitante em linguagem clara, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que justifique o motivo da negativa. A resposta por escrito poderá ser dada por correspondência ou por meio eletrônico, conforme escolha do beneficiário, no prazo máximo de 48 horas, a partir do pedido.

As operadoras sempre foram obrigadas a informar toda e qualquer negativa de cobertura, pois o consumidor 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, o que trazia dificuldades para o beneficiário. Devido a isso, a norma também refletiu uma preocupação demonstrada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), sobre a ausência de prestação de informação aos consumidores pelas operadoras.

Se a operadora deixar de informar por escrito os motivos da negativa de cobertura, será multada em R\$ 30 mil. A multa por negativa de cobertura indevida em casos de urgência e emergência é de R\$ 100 mil.

2.2 Revisão e ampliação do rol de procedimentos e eventos em saúde

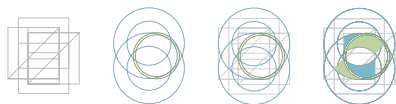
A partir de janeiro de 2014, os beneficiários de planos de saúde individuais e coletivos tiveram direito a mais 87 procedimentos, e ampliação da indicação de outros 44, incluindo 37 medicamentos orais para tratamento de câncer para 54 indicações médicas e 50 novos exames, consultas e cirurgias. Cobertura para tratamento de doenças genéticas e definição de 22 critérios para o uso adequado de tecnologias no rastreamento e tratamento de 29 doenças genéticas, bem como a obrigatoriedade de fornecimento de bolsas coletoras intestinais ou urinárias para pacientes ostomizados.

A medida beneficiou 42,5 milhões de consumidores com planos de assistência médica e outros 18,7 milhões com planos exclusivamente odontológicos.

A atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde faz parte de um processo contínuo e periódico realizado pela ANS. Os procedimentos são revistos para garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde, e em acordo com critérios científicos de segurança e eficiência comprovados por Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS).

Para esta revisão, a ANS formou um Grupo Técnico que teve a participação de representações de defesa do consumidor, ministérios, operadoras, de profissionais da área de saúde e de hospitais.

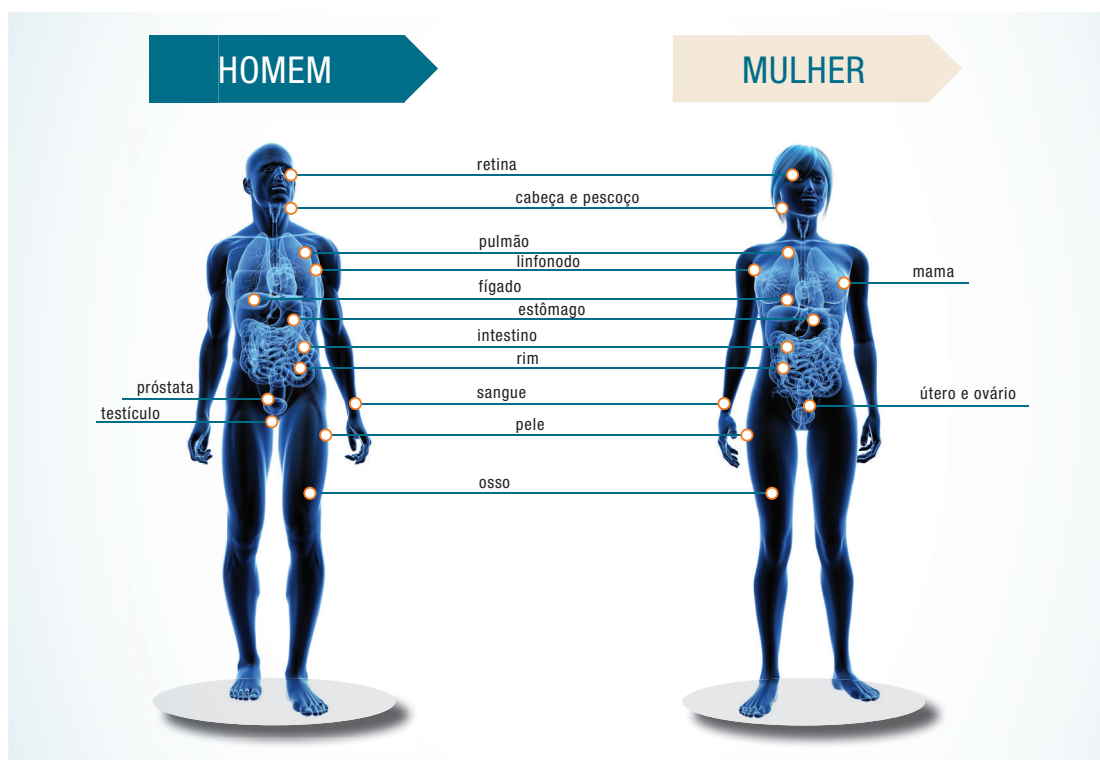
Ao longo de todo o trabalho de revisão do novo Rol, foi criado um Grupo Técnico específico para discutir os exames genéticos.



A proposta do Rol foi para Consulta Pública entre junho e agosto de 2013 e recebeu 7.340 contribuições – o maior número entre as 53 consultas públicas já realizadas pela ANS. Das contribuições, 50% foi de consumidores, 16% de representantes de operadoras, e 16% de prestadores de serviços de saúde e gestores em saúde.

A RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, sobre o novo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, entrou em vigor em 02 de janeiro de 2014 e é válida para consumidores com planos de saúde de assistência médica contratados após 1º de janeiro de 1999 e também para os beneficiários de planos adaptados à Lei nº 9.656/98.

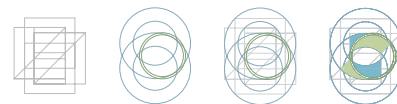
Medicamento oral para câncer



O rol de procedimentos incluiu 37 medicamentos via oral, para o tratamento para o câncer em casa. São obrigatórios os medicamentos para o tratamento de tumores de grande prevalência entre a população, como estômago, fígado, intestino, rim, testículo, mama, útero e ovário. A terapia medicamentosa oral contra o câncer promove maior conforto ao paciente e reduz os casos de internação em clínicas ou hospitais.

Cobertura e diretrizes para doenças genéticas

Quanto à cobertura para doenças genéticas, a ANS definiu 22 critérios para o uso de tecnologias no rastreamento e tratamento de 29 doenças genéticas. O objetivo dos critérios para os 22 itens é o uso adequado das tecnologias nos procedimentos, que já constavam do



Rol Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções e Microduplicações por *Florence In Situ Hybridization (FISH)*, permitindo a elegibilidade de pacientes que irão se beneficiar desses procedimentos.

Procedimentos genéticos já eram obrigatórios no rol de procedimentos. A novidade é a definição de critérios de utilização da tecnologia e a ampliação de cobertura com exames mais complexos para determinadas doenças. Com definições pormenorizadas, o objetivo é evitar dúvidas na aplicação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e diminuir, inclusive, reclamações de consumidores não atendidos pelos planos de saúde.

As diretrizes de utilização são referentes à assistência, ao tratamento e ao aconselhamento das condições genéticas contempladas nos procedimentos. Esses procedimentos são utilizados para a avaliação e identificação de diversas doenças genéticas. É a identificação que possibilita direcionar o tratamento mais adequado e avaliar como será a evolução do paciente. É possível ajudar inclusive a evitar que ocorram algumas complicações da doença.

O novo rol também contempla o cuidado integral à saúde e o tratamento multidisciplinar, ao prever na cobertura obrigatória consulta com fisioterapeuta, além de ampliar o número de consultas e sessões de seis para 12, com profissionais de fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional. Pessoas, por exemplo, que queiram se submeter à laqueadura, vasectomia, cirurgia bariátrica, implante coclear e ostomizados ou estomizados têm direito a 12 sessões de psicologia.

Inclusões

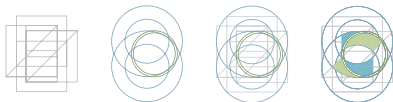
Foram incluídas 28 cirurgias por videolaparoscopia, além de tratamento de dores crônicas nas costas utilizando radiofrequência e tratamento de tumores neuroendócrinos por medicina nuclear.

No rol odontológico, passam a constar a realização de enxertos periodontais, teste de identificação da acidez da saliva; e a tunelização (cirurgia de gengiva destinada a facilitar a higienização dentária).

Historicamente, as inclusões de procedimentos no Rol não têm causado grande impacto nos custos e dessa vez a ANS acredita que não será diferente. É importante levar em consideração também que o uso de medicamentos para tratamento de câncer e novos procedimentos com tecnologia avançada deverão diminuir o tempo de internação e facilitar a recuperação dos pacientes, como no caso das cirurgias por videolaparoscopia, menos invasivas.

Ampliações

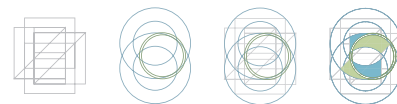
Além de inclusões, a ANS ampliou o uso de outros 44 procedimentos já obrigatórios. Entre estes, o exame *pet scan* que passa de três para oito indicações, além de tumor pulmonar



para células não pequenas, linfoma e câncer colo-retal, o exame passa a ser indicado também para a detecção de nódulo pulmonar solitário, câncer de mama metastático, câncer de cabeça e pescoço, melanoma e câncer de esôfago. O exame de angiotomografia coronariana também foi ampliado para pacientes de risco baixo e intermediário para doenças coronarianas, assim como a tomografia de coerência ótica, que agora também tem indicação coberta pelas operadoras para patologias retinianas, entre as quais edema macular cistoide, edema macula diabético.

AMPLIAÇÕES

| Especialidade | Novo Rol |
|--|--|
| FONOAUDIOLOGIA (pacientes com apnéia de sono, com queimadura de cabeça e pescoço, trato respiratório, boca ou faringe e pacientes com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade) | De 6 para 24 consultas /sessões |
| (Autismo, Retardo Mental) | De 6 para 48 consultas /sessões |
| (Transtornos de Linguagem expressiva e compreensiva, Disfagia, Disfasia, Afasia, Disartria, Anartria, Apraxia, Dislexia, Disfonias crônicas e perda de audição) | De 24 para 48 consultas /sessões |
| (Todos os outros casos não enquadrados) | De 6 para 12 consultas /sessões |
| NUTRIÇÃO (Sobrepeso e obesidade e também para pacientes ostomizados e após cirurgia gastrointestinal) | De 6 para 12 consultas /sessões |



INCLUSÕES

| Especialidade | Novo Rol |
|---|--|
| PSICOLOGIA (Candidatos a laqueadura, vasectomia, cirurgia bariátrica, implante coclear e pacientes ostomizados/estomizados) | Inclusão de 12 consultas /sessões |
| PSICOTERAPIA (Portadores de transtornos de personalidade e ampliação das indicações para transtornos de humor) | Inclusão de 12 consultas /sessões |
| FISIOTERAPIA | Inclusão de consulta com Fisioterapeuta |

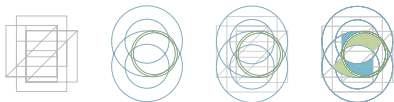
Bolsas coletoras intestinais ou urinárias para pacientes ostomizados

A obrigatoriedade do fornecimento de bolsas coletoras intestinais ou urinárias para pacientes ostomizados (bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector) foi estabelecida, já em maio de 2013, pela RN nº 325, de 2013. Esta RN regulamentou a Lei nº 12.738, de 30 de novembro de 2012, que tornou obrigatório o fornecimento deste material pelos planos privados de assistência à saúde. Além das bolsas, também devem estar disponíveis ao paciente os equipamentos de proteção e segurança utilizados conjuntamente com elas, como as barreiras protetoras de pele.

Cerca de 34 mil pessoas utilizam bolsas coletoras no país, e o uso pode ser provisório ou permanente. 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.

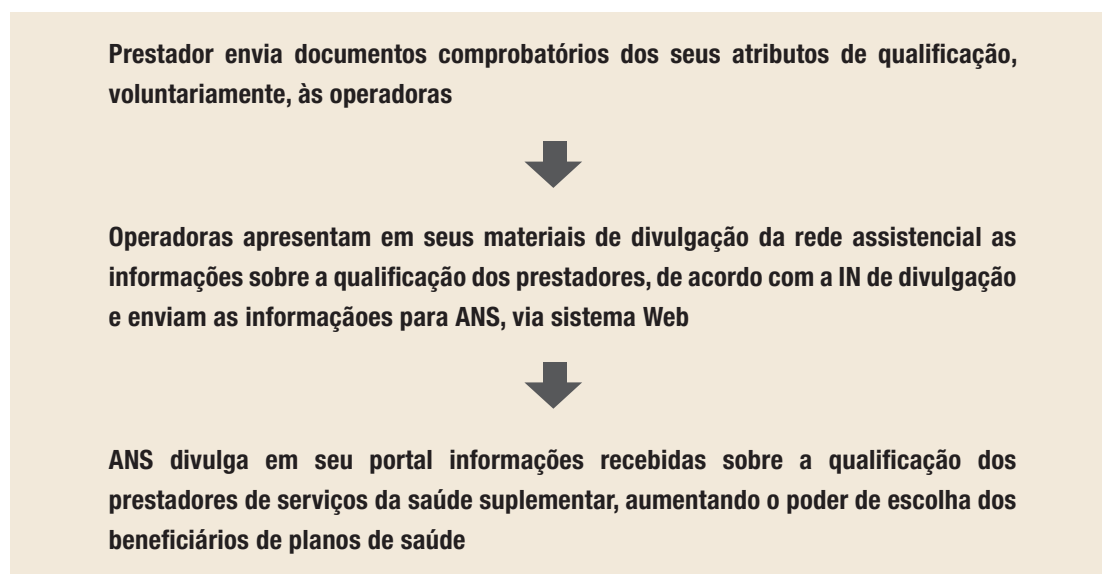
2.3 Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS DIVULGAÇÃO

Este programa é uma das mais importantes inovações feitas pela ANS. Foi aberto para contribuições da sociedade pela Consulta Pública 38, de 2011 e publicado pela RN nº 267, de 2011, e posteriormente pela RN nº 321, de 2013 e IN nº 52, de 2013.



A partir de 2014, as operadoras estarão obrigadas a incluir, em todo o material de divulgação da rede assistencial (portal, internet, livreto ou outra forma de divulgação), as informações sobre os atributos de qualificação dos prestadores que compõem sua rede assistencial.

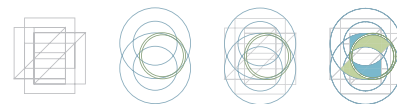
O objetivo da iniciativa é aumentar a capacidade de avaliação e de escolha de prestadores de serviços de saúde mais qualificados, além de estimular a adesão, por parte destes, a programas que os qualifiquem. Os atributos de qualificação são representados por ícones que indicam a qualificação do prestador. A seguir o fluxo do programa:



Em 2012, foram definidos os atributos de qualificação e de divulgação obrigatória pelas operadoras. O Manual de uso dos ícones foi lançado em março de 2013.

A forma de divulgação dos atributos é padronizada pela ANS para que cada tipo de prestador. No portal da ANS está disponível o manual do uso dos ícones dos atributos de qualificação, bem como os próprios ícones para a aplicação nos materiais das operadoras. Os atributos são:

- Para os prestadores hospitalares: i) acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora; ii) participação no Sistema de Notificação de Eventos Adversos (NOTIVISA) da ANVISA; iii) participação no Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS) da ANS;
- Para prestadores serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais: i) acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora; ii) participação no NOTIVISA da ANVISA; e iii) participação no componente Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar.



- Para profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios:
i) participação no NOTIVISA da ANVISA; ii) residência em saúde reconhecida pelo MEC;
iii) pós-graduação com no mínimo 360 h reconhecida pelo MEC, exceto médicos; e iv) título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria.

MANUAL DE USO

Ícones dos atributos de qualificação

RN nº 267/2011

Revisão - 20/03/2013



Padrão nacional de qualidade



Padrão nacional de qualidade



Padrão nacional de qualidade



Padrão internacional de qualidade



Padrão internacional de qualidade



Comunicação de eventos adversos



Profissional com especialização



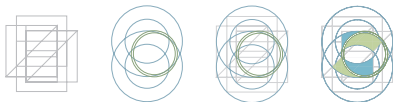
Profissional com residência



Título de Especialista



Qualidade monitorada



Os guias de prestadores de serviços das operadoras impressos e na internet, apresentarão a qualificação de todos os seus prestadores de serviços de saúde, conforme os exemplos a seguir:

IMPRESSO

João Maria da Silva (CRM 0100)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

José João da Silva (CRM 0100)

Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

João Maria da Silva (CRM 0100)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

José João da Silva (CRM 0100)

Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

João Maria da Silva (CRM 0100)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

José João da Silva (CRM 0100)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

João Maria da Silva (CRM 0100)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

José João da Silva (CRM 0100)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

NO PORTAL DA OPERADORA

Busca de Rede Credenciada

Buscar

Buscar

Resultado da busca

João Maria da Silva (CRM 0100)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

José João da Silva (CRM 0100)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

Maria da Silva (CRM 0000)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

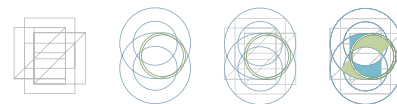
Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000

José João da Silva (CRM 0101)

Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000



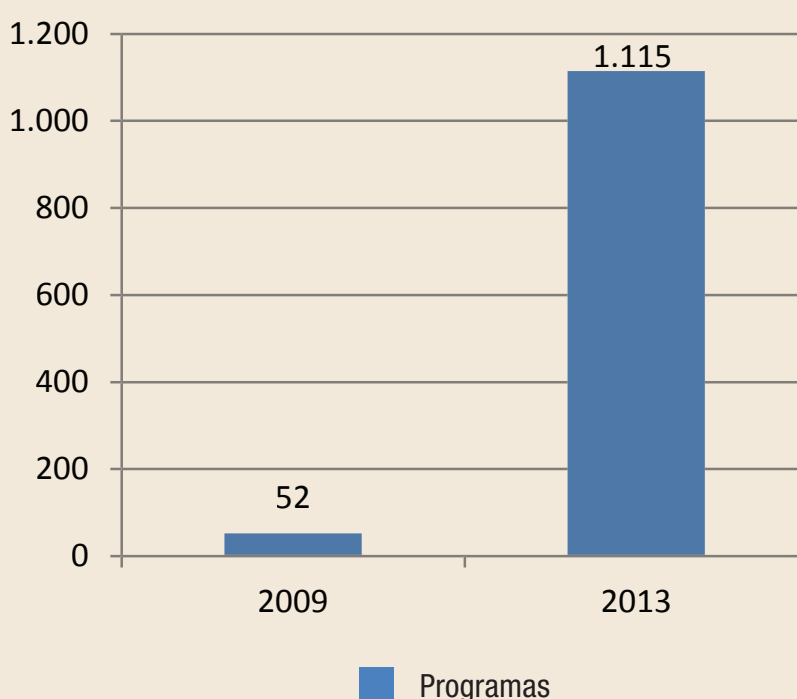
2.4 Acompanhamento dos Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PROMOPREV).

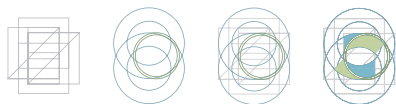
A ANS define como Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aqueles que contêm ações em prol: i) da promoção da saúde; ii) da prevenção de riscos, agravos e doenças; iii) da redução dos anos perdidos por incapacidade; e IV) do aumento da qualidade de vida dos indivíduos e das populações.

A primeira iniciativa da ANS foi em 2005. Em agosto de 2011, as RNs nºs 264 e 265, ampliaram os incentivos para as operadoras implementarem programas dessa natureza e introduziram regras para a premiação e bonificação a serem oferecidos pelas operadoras para os beneficiários que participarem de programas voltados para o envelhecimento ativo.

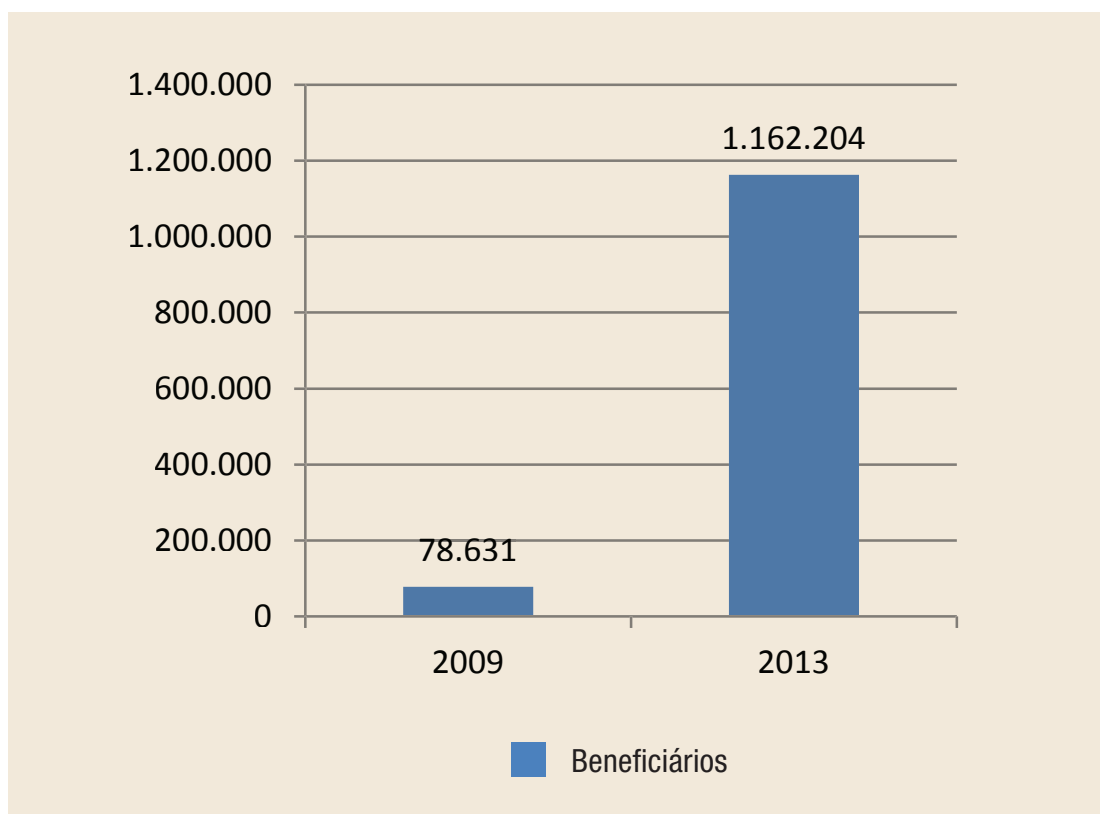
Foi significativa adesão de operadoras e consumidores à iniciativa. Em 2009, havia 52 programas com a participação de 78.631 beneficiários. Em 2013, um total de 1.115 programas, com a participação de quase 1,2 milhão de beneficiários. A maior concentração de programas é na área da saúde do adulto e idoso, totalizando 72%. Em segundo, estão os programas voltados à saúde da mulher, 20%. Os gráficos a seguir demonstram o incremento dos programas de promoção e prevenção.

Total de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças informados à ANS (2009 – 2013)



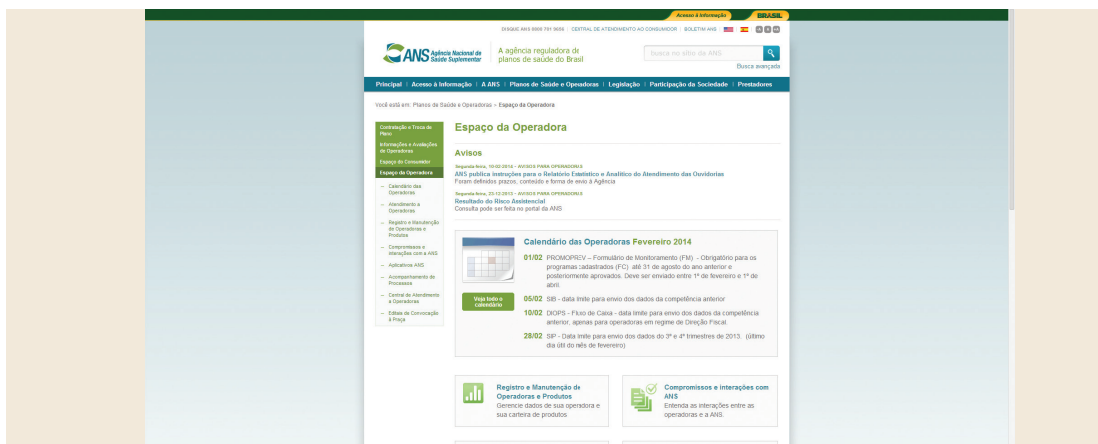
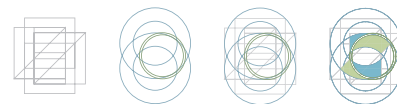


Estimativa de beneficiários participantes de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças informados à ANS (2009 – 2013)



Em janeiro de 2013, a ANS ampliou os requisitos mínimos para o cadastramento e aprovação. As operadoras que tiverem o cadastramento aprovado pela ANS deverão registrar contabilmente as despesas com os programas em conta específica, conforme o Plano de Contas Padrão da ANS, a partir da data de recebimento da comunicação de aprovação. O total de despesas com programas aprovados, registrados contabilmente no exercício anterior, será aproveitado como fator redutor da exigência mensal de margem de solvência do exercício corrente (limitada a 10% da exigência mensal de margem de solvência).

Desde março de 2013, as operadoras podem consultar de forma fácil, informações sobre a elaboração de programas e o acompanhamento daqueles já inscritos.



2.5 Promoção da saúde no ambiente de trabalho

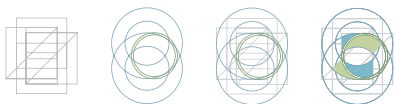
A ANS, em parceria com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), elaborou a tradução e a adaptação para a cultura brasileira, de instrumento de pesquisa desenvolvido pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos. Disponível para a utilização de profissionais de saúde no Brasil, o formulário tem o objetivo de ajudar empregadores a avaliar seus programas de promoção da saúde, identificar lacunas e priorizar intervenções de alto impacto para prevenir doenças crônicas.

Elaborado no âmbito do Laboratório de Inovação Assistencial na Saúde Suplementar, o formulário pode ser usado pelos responsáveis pelos programas e inclui perguntas sobre as principais ações para a promoção da saúde dos funcionários. As questões abordam 12 temas: apoio organizacional; controle do tabaco; nutrição; atividade física; controle de peso; gestão do estresse; gestão da depressão; pressão arterial elevada; colesterol elevado; diabetes; sinais e sintomas de ataque cardíaco e acidente vascular cerebral; e resposta de emergência para ataque cardíaco e derrame.

2.6 Programa de Acreditação de operadoras de planos de saúde.

Até dezembro de 2013, três entidades acreditadoras foram homologadas pela ANS e duas operadoras obtiveram o certificado de acreditação.

A acreditação de operadoras é inédita no Brasil. Tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, a partir de maio de 2013, obrigatoriamente habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).



A análise das empresas leva em conta diversos pontos para conceder a certidão, como a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários.

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.

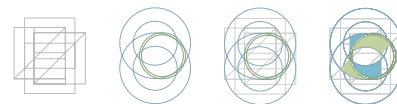
A certidão de acreditação pode ser conferida em 3 níveis: Nível I: operadoras avaliadas entre 90 e 100 pontos; Nível II: avaliadas entre 80 e 89 pontos; e Nível III: entre 70 e 79 pontos. A acreditação é voluntária. Os organismos de certificação, considerados aptos pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) e homologados pela ANS, serão reconhecidos como entidades acreditadoras, e responsáveis pela condução da Acreditação nas operadoras. A seguir, o fluxo do Programa de Acreditação de Operadoras:



2.7 Obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras nos seus Portais Corporativos na Internet

Todas as operadoras, independentemente do número de consumidores, têm a obrigatoriedade de divulgar em seus portais corporativos, as informações dos planos de saúde e respectivas redes credenciadas. A medida possibilita ao consumidor localizar de forma mais fácil todos os prestadores de saúde do plano contratado. Incentiva também o aumento da concorrência pelo fato de tornar mais visível o que cada operadora oferece, facilitando escolha do plano.

Desde o segundo semestre de 2012, as operadoras com número igual ou superior a 100.000 beneficiários, passaram a oferecer a visualização de sua rede assistencial por imagens ou mapas com a localização espacial geográfica da sua rede, e a partir de janeiro de 2013, as operadoras com número igual ou superior a 20.000 e inferior a 100.000 beneficiários, foram obrigadas a oferecer a opção de visualização por mapas indicativos da localização geográfica dos prestadores (mapeamento gráfico).



2.8 Aperfeiçoamento das informações sobre rede própria de prestadores de serviços de saúde das operadoras

Em 2013, a Agência requisitou a informação sobre a existência ou não de rede própria (que pertence à própria operadora) a 1.006 operadoras, para mapear a verticalização nos serviços de saúde. A informação era obrigatória e foi enviada por página própria no portal da ANS na internet. Do total, 96% responderam a requisição, as demais foram encaminhadas para processo administrativo pela ausência de resposta. Das operadoras que informaram, 381 possuem rede própria, com uma ou mais unidades. Concluído o cadastramento, foram contabilizados 1.483 prestadores de serviços de saúde cadastrados como rede própria, dentre os quais 345 hospitais. No entanto, não foi possível identificar, nesta requisição, o quão relevante são os gastos das operadoras de planos de saúde com esses prestadores de rede própria, em relação ao gasto total com assistência à saúde.

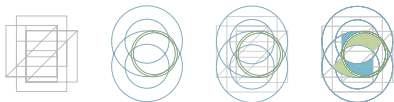
3. FOCO NA SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Em 2013, entre as medidas tomadas pela ANS destacam-se a obrigatoriedade de criação de Ouvidoria pelas operadoras; a 1ª Audiência Pública da ANS sobre Boas práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde; a obrigatoriedade de inclusão de regras de reajuste nos contratos entre médicos e operadoras; a implementação do projeto piloto sobre remuneração hospitalar, bem como da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar; a implementação dos procedimentos de adequação econômico-financeira (PAEF); a abertura de nova oportunidade de adesão ao Programa de Conformidade Regulatória; o início da divulgação da Apuração Prévia dos Recursos Próprios Mínimos das operadoras; e a implementação da obrigatoriedade de agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

3.1 Obrigatoriedade de criação de Ouvidoria pelas operadoras de planos de saúde

Atendendo à recomendação da sua Ouvidoria, a ANS iniciou os estudos para regulamentar a obrigatoriedade de criação de Ouvidorias pelas operadoras. A Agência buscava reduzir conflitos entre operadoras e consumidores; contribuir para a redução da judicialização; e minimizar o recebimento de demandas simples, que deveriam estar sendo resolvidas administrativamente pelas operadoras, sem a necessidade dos consumidores precisarem reclamar para a ANS.

A proposta de RN foi amplamente discutida entre os representantes do setor em duas Câmaras Técnicas, e por meio da Consulta Pública 50, a sociedade pôde colaborar para a elaboração da norma. A partir da RN nº 323, de 2013, as operadoras de planos de saúde deverão criar Ouvidorias vinculadas às suas estruturas organizacionais. A medida é mais um passo no para facilitar o acesso dos consumidores ao que foi contratado junto às operadoras.



As ouvidorias devem ter titular e substituto, designados especificamente para o exercício dessa atividade. A apresentação de relatórios estatísticos e de recomendações ao representante legal da operadora e à Ouvidoria da ANS está entre as atribuições do ouvidor das empresas. O serviço deve contar com canais próprios e protocolos específicos de atendimento e uma equipe de trabalho compatível para responder as demandas no prazo máximo de sete dias úteis. Esse prazo poderá ser pactuado livremente com os clientes diante de situações específicas, mais complexas.

O prazo para criação das Ouvidorias foi de 180 dias para as operadoras com mais de 100 mil beneficiários e 365 dias para as demais. 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.

Em junho de 2013, a ANS realizou o I Curso de Capacitação para Ouvidores para profissionais e ouvidores que atuam no setor. O objetivo foi preparar os profissionais para a gestão em ouvidoria com indicadores e boas práticas, além de mecanismos para a busca da qualidade no atendimento.

No início de agosto, a ANS lançou o Manual de Ouvidoria para auxiliar as operadoras. Com conteúdo objetivo e prático, a publicação esclarece as atribuições de um ouvidor, enumera requisitos importantes para a eficácia do órgão e traz orientações para o bom atendimento e correta classificação de demandas.

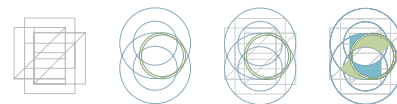
Em novembro de 2013, todas as 98 operadoras com mais de 100 mil beneficiários implantaram ouvidorias, atingindo 67% (32,9 milhões) dos 49,2 milhões de consumidores de planos de assistência médica e 11,6 milhões de planos exclusivamente odontológicos.

Até abril de 2014, as ouvidorias das operadoras com número inferior a 100 mil beneficiários deverão estar em funcionamento.

3.2 1ª Audiência Pública da ANS - Boas práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde

A proposta de normativo para a manutenção de boas práticas no relacionamento entre operadoras e profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios, foi aberta para contribuições pela Consulta Pública 54, e discutida na primeira Audiência Pública realizada pela ANS, em janeiro de 2014.

A proposta estabelece indicadores que permitirão à Agência acompanhar a relação entre operadoras e prestadores. O objetivo é incentivar uma relação mais equilibrada entre as operadoras e os profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios, assegurando que



suas práticas propiciem atendimento de qualidade aos consumidores.

Todas as contribuições da audiência pública serão analisadas, juntamente com as contribuições da Consulta Pública e consideradas na elaboração final do normativo.

3.3 Obrigatoriedade de inclusão de regras de reajuste nos contratos entre médicos e operadoras

Todos os contratos entre operadoras e profissionais de saúde que atuam em consultórios já devem ter, obrigatoriamente, os critérios de forma e de periodicidade de reajuste expressas de forma clara, sendo proibido qualquer tipo de reajuste condicionado à sinistralidade da operadora ou fórmula que mantenha ou reduza o valor do serviço contratado.

O prazo para adequação dos contratos entre operadoras e profissionais que atuam em consultório, e os celebrados entre operadoras e hospitais, clínicas e laboratórios (SADT), foi encerrado em 2013, para adequação às regras de reajuste constantes na IN DIDES nº 49, de 2012.

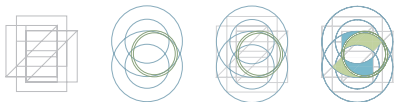
A aplicação da norma foi questionada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) no Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF), no Rio de Janeiro, para que a validade das regras fosse aplicada somente para os novos contratos. Em setembro de 2013, a ANS obteve em juízo a garantia de que prestadores de serviços, como os médicos, por exemplo, receberão de acordo com a forma e periodicidade firmadas em contrato. O TRF 2ª Região entendeu que as regras claras de reajuste podem ser exigidas para os contratos em vigor, reconhecendo a validade da norma.

3.4 Projeto piloto sobre remuneração hospitalar - 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*). Tende a incentivar o sobre uso de insumos médicos, aumentando os custos gerais do sistema para os beneficiários, sem que esse aumento reflita em maior qualidade assistencial.

Para buscar soluções, em 2010 a ANS formou o Grupo Técnico de Remuneração de Hospitais, com o objetivo de propor alternativas ao problema, mudando a lógica atual de remuneração atrelada ao maior consumo, principalmente de materiais e medicamentos, para uma sistemática que contemple os custos, de forma alinhada à qualidade e efetividade para o consumidor.

Foram realizadas duas etapas de discussão sobre diretrizes e rumos do novo modelo de remuneração, e firmado 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.

Em 2013, teve início o projeto piloto dos novos modelos de remuneração, resultado do trabalho de dois anos do Grupo Técnico. O objetivo do piloto foi validá-los nos relacionamentos mais frequentes entre operadoras e hospitais. O plano inicial previa duas etapas para implementação do projeto: implementação do Modelo de Conta Aberta Aprimorada e Teste do Modelo de Procedimentos Gerenciados Cirúrgicos.

O Modelo de Conta Aberta Aprimorada consiste em conjunto de diárias e taxas pré-definidas, que devem ser negociadas com um preço único, considerando todos os itens incluídos. O Modelo de Procedimentos Gerenciados Cirúrgicos consiste em um elenco de procedimentos que devem ser cobrados de forma integral, considerando todos os insumos e recursos para a sua execução, estabelecendo um preço global para concentrar itens que compõem o procedimento.

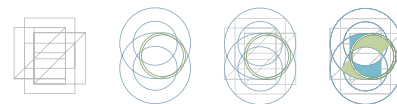
O piloto do Modelo de Conta Aberta Aprimorada foi implementado. Contudo, além da baixa adesão, observou-se redução gradativa da participação de hospitais e operadoras que iniciaram o piloto. Apenas metade destes enviaram informações sobre a evolução do projeto, no 2º monitoramento feito pela Agência. Nove hospitais e oito operadoras participaram do período de acompanhamento final desta Etapa I.

Considerando as dificuldades de adesão à iniciativa, cuja velocidade depende, em grande medida, do poder de mercado local da operadora e do grau de dependência do prestador em relação ao faturamento obtido por intermédio da operadora, a ANS deverá continuar a discussão sobre estas duas formas de remuneração, mas irá propor, também, a discussão de modelo de pagamento que privilegie a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, em iniciativas complementares à do Grupo de Trabalho.

A proposta de Resolução Normativa sobre Boas Práticas na Relação entre Operadoras de Planos e Prestadores de Serviços de Saúde, por exemplo, inclui a criação de índice que reflita a existência de pagamentos diferenciados pela qualidade nos serviços prestados, sendo que o detalhamento desse índice deverá ser objeto de discussão de um Comitê a ser criado após a aprovação da proposta.

3.5 Guia Prático da Contratualização entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde

A ANS lançou, em maio de 2013, o Guia Prático da Contratualização voltado para operadoras e prestadores de serviços em saúde (médicos, dentistas, fisioterapeutas, clínicas, hospitais).



O Guia reúne informações sobre normas que regem esta relação, como as cláusulas que são obrigatórias nos contratos, a exemplo do reajuste, da definição de valores dos serviços contratados, das rotinas de auditoria e dos prazos de faturamento e pagamento.

O objetivo da ANS é dar maior publicidade às normas que regem os contratos e deixar claras obrigações, direitos e deveres das operadoras de planos de saúde no seu relacionamento com a rede prestadora de serviços.



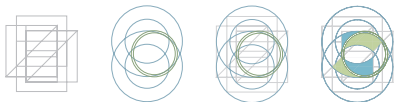
O Guia Prático da Contratualização está disponível no portal da ANS. O arquivo pode ser baixado ou consultado. As entidades representativas do setor podem imprimir o Guia, incluindo as suas próprias logomarcas para distribuição aos seus filiados.

3.6 Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS

O Padrão TISS - Troca de Informações na Saúde Suplementar – é o padrão obrigatório dos dados relacionados ao atendimento pelas operadoras 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.

No setor de planos de saúde sempre coexistiram múltiplas terminologias criadas por operadoras e prestadores de serviços de saúde. Diante das dificuldades para troca de informações entre, foi criada uma terminologia clínica comum - TUSS, resultado do trabalho conjunto feito pela ANS, Associação Médica Brasileira (AMB) e o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS). Essa terminologia utiliza como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

Atualmente, são utilizadas no setor as tabelas da CBHPM, da TUSS e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Embora apresentem estrutura e conteúdo semelhantes, são três tabelas distintas, com funções específicas. Para facilitar a compreensão das denominações usadas para os procedimentos e eventos em saúde, foi elaborada uma tabela, na qual constam os itens que integram o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e as denominações equivalentes a esses itens de acordo com a Terminologia Unificada da Saúde (TUSS).



3.7 Radar TISS 2013

O Radar TISS é uma pesquisa periódica, feita pela ANS, que acompanha a implantação do padrão TISS pelas operadoras e pelos prestadores de serviços de saúde, subsidiando também novos estudos e planos de ação da ANS e do Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar (COPISS).

O Radar TISS foi previsto na RN nº 153, de 2007, como elemento integrante do processo de implantação do padrão TISS, estabelecido pela ANS para Troca de Informação em Saúde Suplementar, e utilizado para registro e intercâmbio de dados entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.

Em 2013, foi realizada nova pesquisa para aferir a implementação do padrão TISS no país. Os dados levantados estão em fase de consolidação.

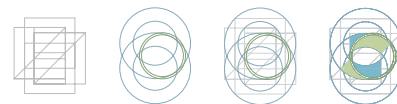
3.8 Implementação dos procedimentos de adequação econômico-financeira (PAEF).

O eixo central da RN nº 307, de 2012, 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. Estabelece também instrumentos mais eficientes para a análise de viabilidade das medidas e para o monitoramento das projeções que visam a efetiva recuperação econômico-financeira das operadoras acima de 100 mil beneficiários.

O objetivo da norma é garantir que as operadoras que possuam desequilíbrio econômico-financeiro, inconsistências contábeis, ou que não atendam às regras prudenciais estabelecidas pela ANS – tais como exigência de solvência, de capital mínimo, de constituição de provisões técnicas e dos correspondentes ativos garantidores – apresentem solução adequada para os problemas, de maneira a restabelecer a normalidade em prazo previamente determinado, assegurando, assim, que seus beneficiários mantenham o devido acesso às coberturas assistenciais, de forma contínua e qualitativa. Em 2013, foi dada continuidade à implementação da medida.

3.9 Nova oportunidade de adesão ao Programa de Conformidade Regulatória

Originado de proposta preliminar de incentivo à adoção de boas práticas de governança, associada à autorização para livre movimentação de ativos garantidores, o Programa de Conformidade Regulatória, estabelecido pela RN nº 278, de 2011, foi estruturado a partir da concepção de que operadoras com maior aderência à regulamentação podem ter um maior grau de liberdade na gestão de seus recursos financeiros, garantidores de provisões técnicas.



O objetivo da norma é incentivar as operadoras de planos de saúde a se manterem em dia com o cumprimento da regulação. As operadoras com histórico de regularidade e transparência passaram a ter maior autonomia na gestão dos recursos financeiros, por meio da livre movimentação dos ativos garantidores das provisões técnicas e do escalonamento na necessidade de vinculação dos ativos garantidores da provisão de eventos e sinistros a liquidar. O benefício da gestão própria dos ativos garantidores, por exemplo, permite à operadora gerir melhor seus recursos financeiros.

Em maio de 2013, por meio da RN nº 329, de 2013, a ANS concedeu um novo prazo para adesão ao Programa. As operadoras que atenderem aos critérios da norma farão jus ao tratamento previsto no programa. Tanto as operadoras que já participavam do Programa, como as que aderirem, poderão também se habilitar a critério adicional que visa incentivar o efetivo pagamento das cobranças emitidas para o ressarcimento ao SUS, em desfavor da opção pela judicialização. Assim, operadoras que tenham elevado nível de pagamento das Guias de Recolhimento da União (GRU) relativas ao ressarcimento, deixam de ter exigência de provisões e ativos garantidores para débitos residuais.

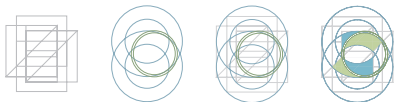
Com isso, a RN traz também um claro incentivo ao parcelamento e efetiva quitação dos débitos do ressarcimento ao SUS. Para tanto, haverá a suspensão da exigência de ativos garantidores para os débitos de parcelamento da dívida com o SUS, a partir da 3ª parcela. Isto significa que as operadoras com débitos ainda pendentes com o SUS deverão optar pela regularização via parcelamento, já que a opção pela manutenção de disputas judiciais deixa de ser atraente.

3.10 Divulgação da Apuração Prévia dos Recursos Próprios Mínimos

A partir de 2013, o Relatório de Recursos Próprios Mínimos ficou disponível no portal da ANS para consulta das operadoras. Seu objetivo é demonstrar, de forma aproximada, o cálculo prévio do Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e da Margem de Solvência (MS), a partir das informações enviadas à ANS pelas operadoras. Para auxiliar os gestores no monitoramento econômico-financeiro das empresas, a ANS disponibilizou no portal a Apostila de Referências para Cálculos Econômico-financeiros, além de um quadro com os eventuais ajustes realizados sobre o Patrimônio Líquido/Social para fins de enquadramento à PMA e MS.

3.11 Obrigatoriedade de agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação de reajuste

A partir de 2013, os reajustes anuais aplicados devem observar o constante na RN nº 309, de 2012, que estabelece regras de reajuste para os contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, agrupando estes contratos para cálculo de um reajuste único. Com entrada em vigor, as operadoras deverão aditar os estes contratos coletivos ou a quantidade estabelecida pela operadora na forma prevista pela ANS, para adequação da cláusula de reajuste ao novo método.



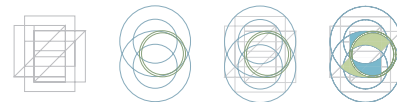
Os planos coletivos com menos de 30 beneficiários representam 85% dos contratos de planos de saúde no país, com cerca de dois milhões de usuários. Estas carteiras são as mais vulneráveis, tanto em relação à volatilidade dos reajustes aplicados, como pela possibilidade de mobilidade sem cumprimento de carência. Diante do problema, a Agência propôs uma revisão do modelo atual destes reajustes, visando: 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.

3.12 Seminário sobre mudanças no perfil da população brasileira



O Seminário “As mudanças demográficas e seus impactos sobre a Saúde Suplementar” foi realizado pela ANS, voltado para instituições que atuam no setor. Trouxe para discussão os impactos que o aumento da expectativa de vida e a queda da fecundidade trarão, em longo prazo, para os modelos de financiamento do setor. Desde 2011, os impactos desta transição demográfica brasileira, sobre a sustentabilidade do setor, têm sido estudados pela Agência.



Na ocasião, a ANS lançou a publicação Painel de Precificação de Planos de Saúde, que reúne estudos relacionados à sustentabilidade do setor. O trabalho apresenta panorama de questões relativas à precificação dos planos de saúde em 2012, tais como: referências de preços praticados pelas operadoras, variação média dos reajustes por mudança de faixa-etária, custo médio estimado dos itens de despesa assistencial e demais despesas não assistenciais. Esta foi a primeira publicação da ANS sobre precificação dos planos de saúde.

3.13 Seminário de Governança Corporativa na Saúde Suplementar

Em 2013, a ANS e a BM&FBovespa promoveram o encontro “A Importância da Governança Corporativa para Operadoras de Planos de Saúde. As transformações que o setor vem passando nos últimos anos (mudanças regulatórias, necessidade permanente de investimentos, atualização tecnológica, busca de eficiência e geração de valor, fusões e aquisições) pressionam os agentes para mudanças na administração e as boas práticas de governança corporativa têm por finalidade aumentar o valor de uma organização, além de facilitar o seu acesso ao capital e contribuir para sua sobrevivência e perenidade.

4. FOCO NA INTEGRAÇÃO COM O SUS

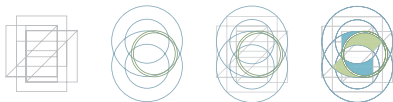
As principais conquistas de 2013 nesta área se relacionam ao enorme incremento dos valores ressarcidos ao SUS pelas operadoras e a implementação do número do Cartão Nacional de Saúde para os beneficiários de planos de saúde.

4.1 Ressarcimento ao SUS

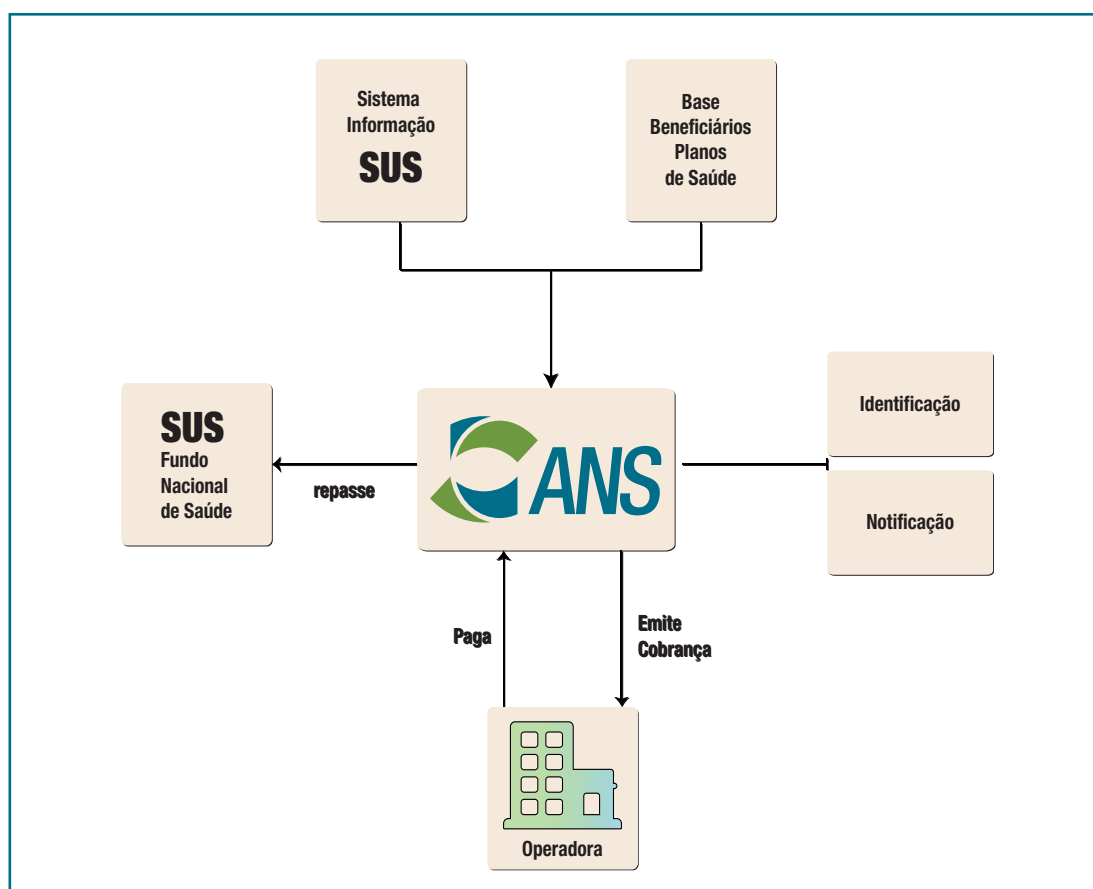
A grande conquista da ANS nessa área foi o enorme incremento da efetividade do ressarcimento ao SUS nos últimos três anos. Essa conquista significou, acima de tudo, uma prestação de contas à sociedade sobre esse processo de responsabilidade legal da ANS.

De acordo com o artigo 32 da Lei nº 9.656/98, serão ressarcidos todos os serviços de atendimento previstos nos contratos de planos privados de assistência à saúde, que tenham sido prestados aos consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para efetuar o Ressarcimento é necessária a instauração de um processo administrativo, nos moldes do disposto na Lei nº 9.784, de 1999, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa das operadoras. Na prática, esse processo administrativo é instaurado após a ANS identificar os beneficiários de planos de saúde atendidos pelo SUS, por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e cruzar as informações destes com



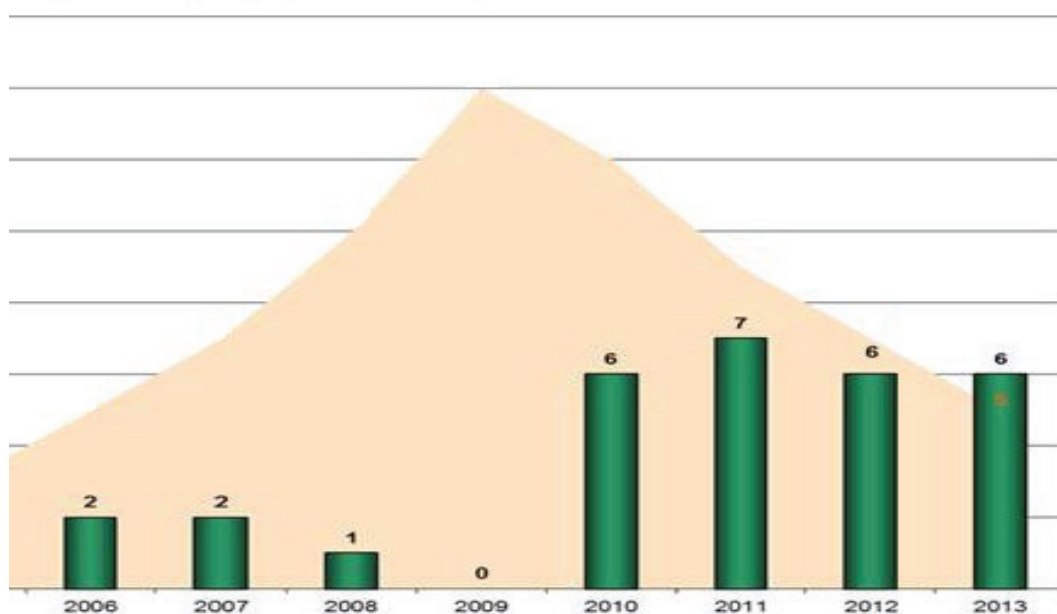
o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS – SIB, na Agência. A partir da identificação, a ANS notifica as operadoras sobre os recursos que devem ser ressarcidos ao SUS e cobra a devolução. Caso as operadoras não paguem, são encaminhadas para inscrição em dívida ativa. O fluxo do ressarcimento se dá da seguinte forma:



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

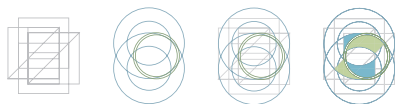
O gráfico a seguir demonstra o avanço no processo de cobrança e a redução do passivo de ressarcimento.

Número de blocos de ressarcimento emitidos por ano x redução gradativa do passivo

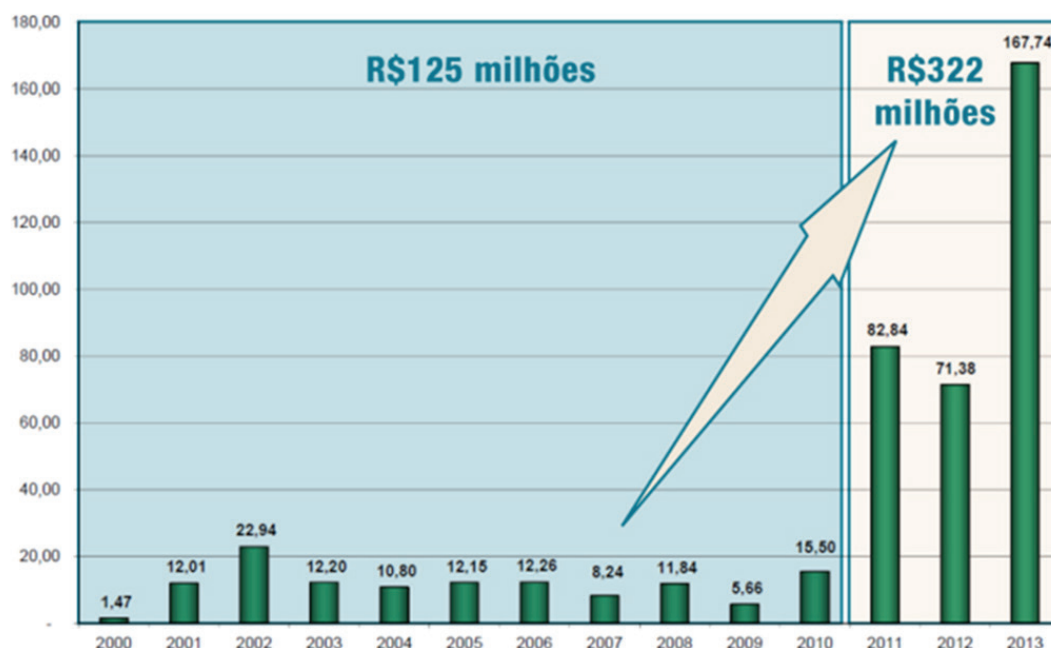


Em 2013, a ANS obteve o ressarcimento recorde de recursos ao SUS, que somou, entre 2011 e 2013, R\$ 322 milhões. O valor arrecadado representa para o SUS 0,5% do seu orçamento e 4% do seu gasto com internações. Para as operadoras, representa 0,6% da despesa assistencial e 1,5% das despesas com internação.

O montante de R\$ 322 milhões foi duas vezes superior aos R\$ 125 milhões ressarcidos na última década (2001 a 2010). Em 2013, o ressarcimento foi de R\$ 167 milhões. O crescimento dos valores restituídos deve-se ao aperfeiçoamento de processos de gestão da ANS, contratação de servidores e a inscrição das operadoras em dívida ativa.



Ressarcimento ao SUS (2000-2013)

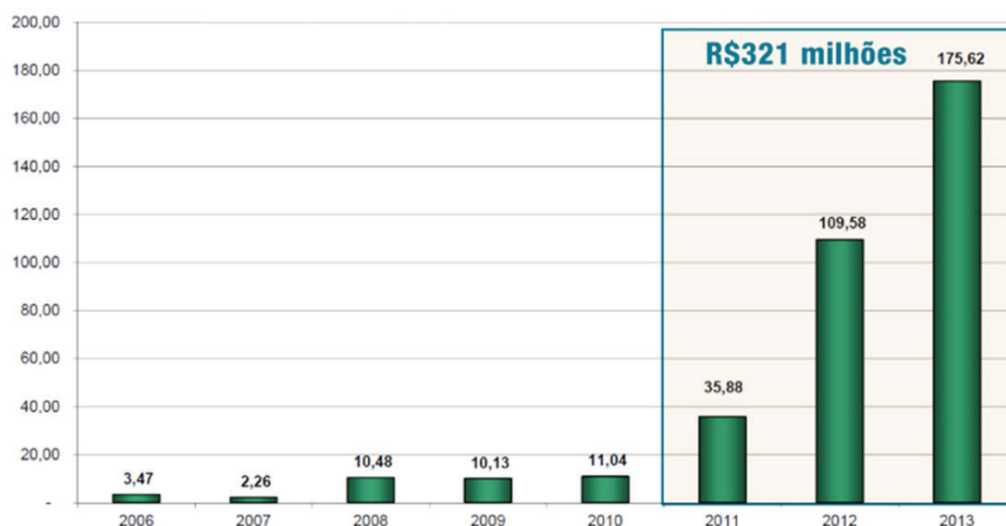


Além de aumentar o volume de recursos reembolsados, a ANS intensificou a cobrança sobre as operadoras de planos de saúde. Desde 2011, foram cobradas 483 mil internações, 36% a mais do que na década anterior. Apenas em 2013 foram cobradas 237 mil internações.

Nos últimos três anos, os valores inscritos em dívida ativa somaram R\$ 321 milhões, cifra 10 vezes superior ao valor de R\$ 31,6 milhões, incluído nos três anos anteriores (2008 a 2010).

O gráfico a seguir demonstra estes resultados. Atualmente, há 795 operadoras inscritas em dívida ativa. As operadoras em dívida ativa sofrem a execução judicial do crédito e são inscritas no CADIN, o que gera restrições para essas operadoras contratarem com a União.

Ressarcimento ao SUS - Valores inscritos em Dívida Ativa (2006-2013)

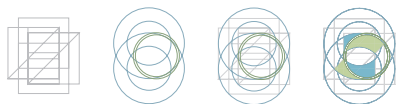


A ANS reconhece que ainda há aperfeiçoamentos necessários para a eficiência da cobrança do ressarcimento. Com esse objetivo, também avançou ao determinar, por Resolução Normativa, que as operadoras tenham em seu cadastro o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) de seus beneficiários.

Para o cidadão, a identificação via CNS possibilitará o Registro Eletrônico de Saúde, nas bases de dados dos hospitais públicos e privados, bem como nos planos de saúde. Isto contribuirá para a continuidade da assistência recebida, independentemente da forma de financiamento - público ou privado. O uso do número do CNS vai integrar os cadastros do SUS e da Saúde Suplementar, proporcionando melhorias na gestão da saúde no país, agilizando ainda mais o ressarcimento ao SUS e dando as bases para a construção de um registro eletrônico em saúde nacional.

Além das ações implementadas nos anos recentes, outro avanço importante foi a aprovação de Resolução Normativa que permite uma forma de contabilização financeira mais vantajosa para operadoras que se mantêm adimplentes com o SUS, como já mencionado anteriormente. Além desse incentivo adicional, a ANS estuda a criação de um cadastro positivo e de um selo para bons pagadores do ressarcimento.

Atualmente, o desafio da ANS é o início da cobrança de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade – APACs (que representará 80% das AIH em valor, conforme estudo já realizado), que estão com passivo de pelo menos cinco anos. Para isso, há a necessidade de ampliação de novos recursos físicos e de pessoal.



4.2 Exigência da informação sobre o número do Cartão Nacional de Saúde dos beneficiários de planos privados de saúde.

Passo importante para o aumento da cobrança do ressarcimento foi a ampliação do nº de habitantes do país com o Cartão SUS - 150 milhões. O cartão permite identificar se a pessoa é usuária ou não do plano de saúde.

Em dezembro de 2013, na base de dados da Agência, havia 71.011.159 vínculos de beneficiários ativos, dos quais 50.319.142 vínculos individualizados (70,86% do total de beneficiários ativos). Estes mais de 50 milhões de vínculos individualizados correspondem a 30.320.317 pessoas. Destas, 18.593.214 (61,32%) possuem número de Cartão Nacional de Saúde preenchido no sistema da ANS.

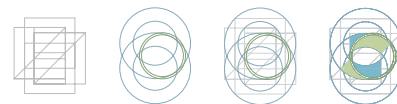
O envio do número do CNS pelas operadoras para a ANS já constava em norma desde 2004, como um dos identificadores do beneficiário no Sistema de Informações de Beneficiários, porém o fornecimento dessa informação era facultativo. Ao torná-lo obrigatório, por meio da RN nº 250, de 2011; RN nº 295, de 2012 e RN nº 303, de 2012, o objetivo 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.

Em maio de 2012, a ANS recebeu os números do CNS de 31 milhões de consumidores, gerados pelo Ministério da Saúde. Estes dados ficaram disponíveis para as operadoras a partir de junho de 2012. 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, por meio do acesso ao aplicativo de cadastro do CNS (Cadweb). Para isso, a ANS passou a disponibilizar senhas de acesso para esse aplicativo. A iniciativa permitirá a busca, o cadastro e a alteração de dados de beneficiários no Sistema Cartão Nacional de Saúde pelas operadoras, mediante regras e procedimentos de sigilo, responsabilidade e segurança.

4.3 Registro Eletrônico de Saúde (RES)

No processo de construção do Registro Eletrônico de Saúde, dirigido pelo Ministério da Saúde, está em andamento a unificação das terminologias e a melhoria da versão 3.0 do padrão TISS. A identificação unívoca do beneficiário de plano de saúde e a consequente atribuição de um número identificador – no caso o do Cartão Nacional de Saúde – contribuem para a viabilização do projeto.

Em março de 2013, no II Seminário Internacional sobre Registro Eletrônico na Saúde Suplementar - Análise do Impacto Regulatório, promovido pela Casa Civil da Presidência da República, em parceria com a Embaixada Britânica, foi apresentado estudo sobre a análise de impacto considerando três cenários para implementação do RES no Brasil. A análise do



impacto regulatório vem ao encontro do projeto de melhoria da qualidade da regulação no Brasil, promovido pelo Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação - PRO-REG.

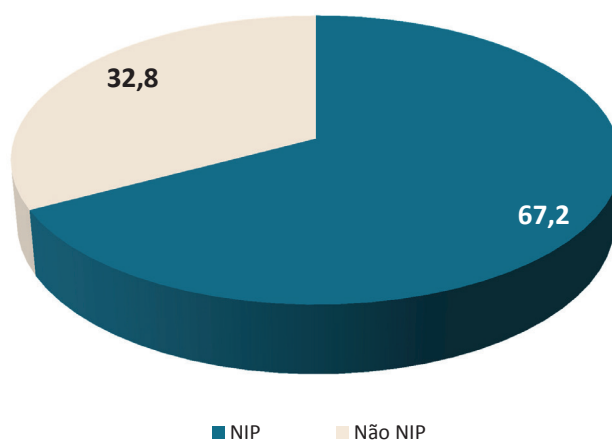
5. FOCO NA FISCALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO SETORIAL

As principais conquistas relativas à fiscalização e à articulação setorial foram o incremento da solução das demandas por negativa de cobertura, encaminhadas pela Notificação de Investigação Preliminar - NIP; a sua ampliação para as demandas tanto assistenciais como não assistenciais; a criação de um novo modelo de fiscalização coletiva; e a ampliação do Disque ANS.

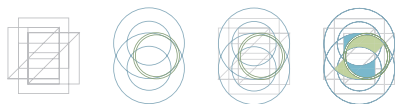
5.1 Aumento da efetividade da NIP e Ampliação pela RN nº 343, de 2013

A Notificação de Investigação Preliminar - NIP é um instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos de cobertura assistencial, entre operadoras e consumidores, sobre negativa de cobertura. Seu procedimento foi regulamentado pela RN nº 226, de 2010. As demandas de negativa de cobertura processadas na NIP referem-se somente aos casos em que o procedimento ou evento em saúde ainda não foi realizado ou foi realizado à custa do consumidor. O gráfico a seguir demonstra a proporção dos casos passíveis de NIP, em relação ao total de reclamações recebidas pela ANS.

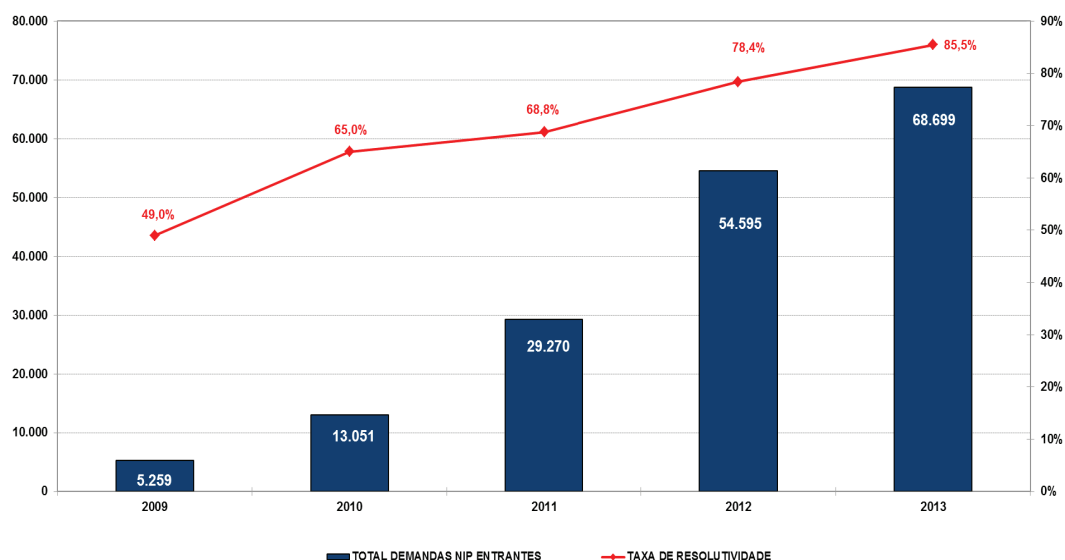
Perfil de Reclamações recebidas pela ANS



Em 2013, entre as reclamações recebidas, 68.699 foram objeto de notificações, destas, 58.738 foram resolvidas por mediação de conflitos, alcançando um índice de resolutividade de 85,5%, ou seja, a cada cinco notificações recebidas pela ANS, quatro foram resolvidas por mediação de conflitos.



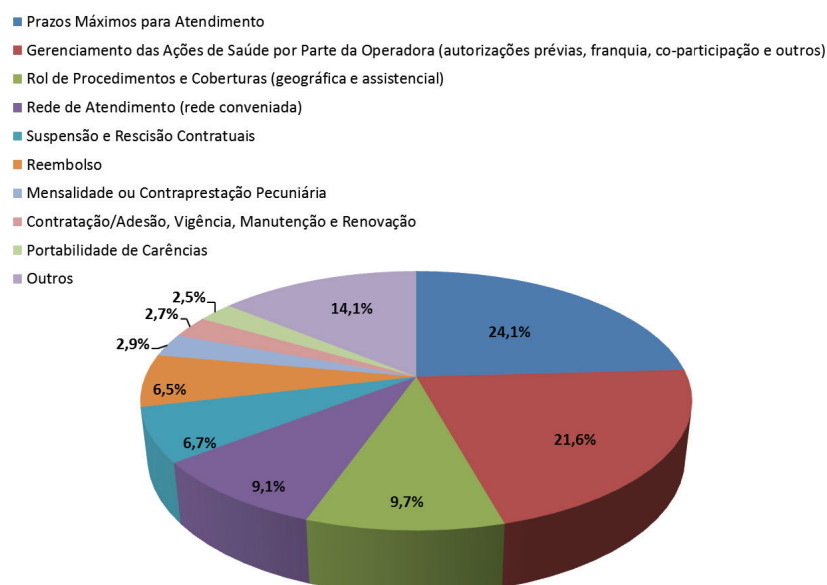
Resolubilidade da NIP (2009 a 2013)

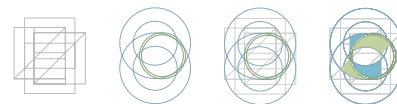


Resolutividade da NIP é a medida do total de reclamações de consumidores que são finalizadas no âmbito da NIP sem necessidade de abertura de processo administrativo sancionador.

O gráfico a seguir traz as reclamações assistenciais NIP por assunto, em 2013.

Reclamações assistenciais NIP por assunto (2013)





Ampliação pela RN nº 343, de 2013 – Notificação de Intermediação Preliminar

Em 2013, o procedimento NIP foi revisado pela RN nº 343, de 2013, que entrou em vigor em 19/3/2014. A revisão prevê a aplicação da NIP, que passa a se chamar Notificação de Intermediação Preliminar, como instrumento inicial de análise de todas as demandas de reclamação cadastradas na ANS. A medida visa garantir um canal eficiente e célere de mediação ativa de conflitos, bem como a ampliar a alta resolutividade da NIP assistencial, já alcançada atualmente, para as demandas de natureza não-assistencial.

Na NIP assistencial, a notificação terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial. Na NIP não assistencial, terá como referência outros assuntos que não a cobertura assistencial, como por exemplo, reajustes indevidos e a descumprimentos contratuais, desde que o consumidor seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de mediação.

As principais alterações feitas pela RN nº 343, de 2013 são: i) aplicação da NIP a todas as operadoras; ii) troca de informações entre a ANS e as operadoras se dará em espaço próprio no site da ANS e o processamento da NIP ocorrerá em meio totalmente eletrônico; iii) os usuários que se cadastrarem no portal da ANS poderão acompanhar suas demandas, em espaço próprio no portal, e assim terão acesso aos principais documentos referentes à sua reclamação; e iv) o prazo para as operadoras resolverem o problema será de cinco dias úteis para NIP Assistencial e dez dias úteis para NIP Não-Assistencial. A não resolução do conflito na etapa de mediação poderá resultar, para as operadoras, na abertura de processo administrativo sancionador.

OPERADORA > CONSUMIDOR

NIP ASSISTENCIAL



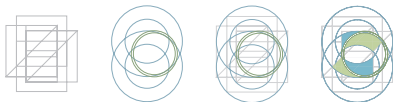
5 DIAS ÚTEIS

NIP NÃO ASSISTENCIAL



10 DIAS ÚTEIS

As mudanças modernizam o acompanhamento da situação das notificações, pois as operadoras serão notificadas pelo portal da ANS, em espaço próprio. As demandas do consumidor poderão ser abertas em todos os canais de atendimento da ANS e o beneficiário que se cadastrar no portal da Agência poderá acompanhar a notificação eletronicamente.



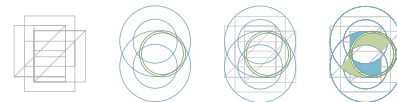
5.2 Proposta de novo modelo de Fiscalização da ANS – Fiscalização Coletiva

A proposta de novo modelo de fiscalização da ANS, denominado Fiscalização Coletiva, tem como motivações: i) a alta taxa de resolatividade NIP e a importância da resolução extrajudicial de conflitos; ii) a necessidade de modernização do processo de fiscalização e ampliação da atuação da ANS por indicadores de monitoramento; bem como, iii) a necessidade de utilização do atendimento individual como insumo para elaboração e planejamento das ações fiscalizatórias, buscando a promoção de soluções em larga escala alcançando a totalidade de beneficiários expostos a práticas infrativas.

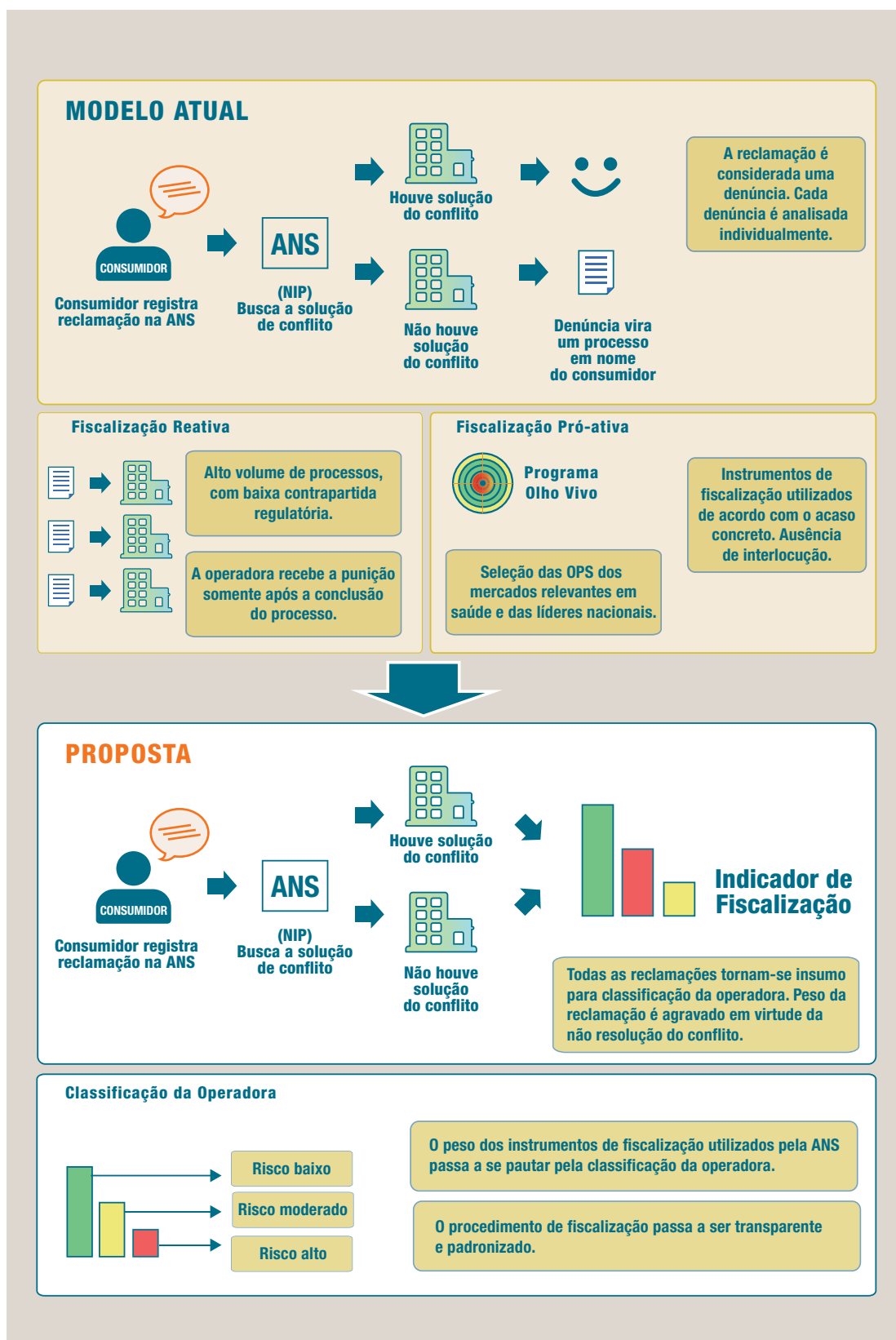
O objetivo da proposta é garantir maior eficácia regulatória e celeridade na correção das práticas irregulares no setor.

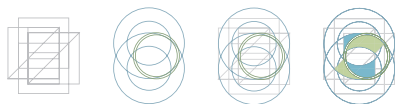
Devido a ampliação do escopo da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, anteriormente mencionada, todas as demandas de reclamação passarão a ser objeto de NIP, e o monitoramento se dará por meio do indicador NIP de cada operadora, com deflagração da ação fiscalizatória a partir do resultado do indicador, com base nos dados da NIP Assistencial e NIP Não-Assistencial. A periodicidade do monitoramento será semestral e a classificação das operadoras será em faixas de risco, com ação fiscalizatória de acordo com a classificação de risco, com possibilidade de abertura de processo administrativo assistencial / não-assistencial por operadora, a cada período do monitoramento. Pela proposta, as reclamações passam a ser consideradas como insumo para a fiscalização, perdendo o caráter de denúncia.

A proposta encontra-se em análise pela Procuradoria Federal na ANS. A proposta de modelo de fiscalização coletiva estão esquematizados nos quadros a seguir:



Proposta de novo Modelo de Fiscalização Coletiva





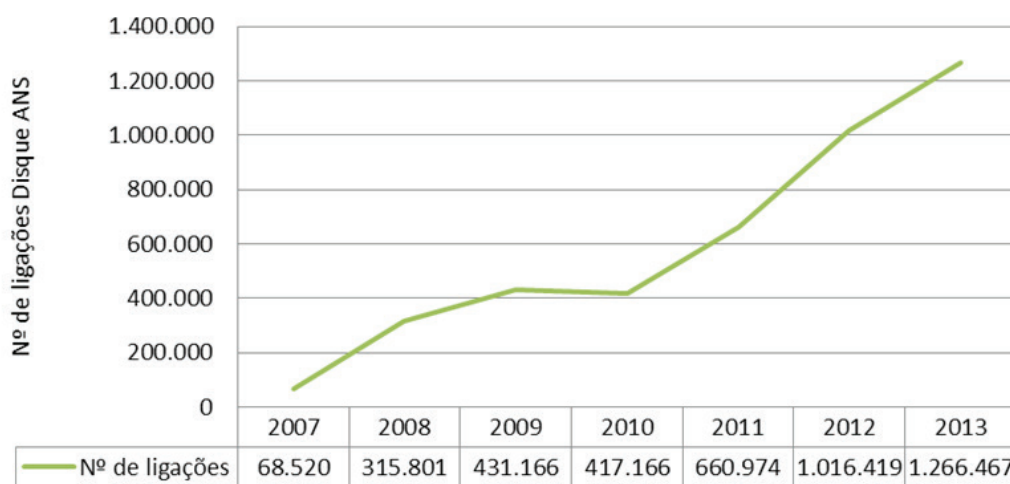
5.3 Disque ANS – Duplicação da capacidade de atendimento

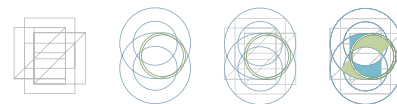
A ANS mantém à disposição uma Central de Relacionamento para o esclarecimento de dúvidas sobre seus direitos como consumidor de planos de saúde e para registro de reclamações/denúncias sobre os serviços de sua operadora.

Em março de 2013, a Agência duplicou a capacidade de atendimento pelo Disque ANS para facilitar o acesso dos consumidores, passando de 45 para 90 ligações simultâneas no atendimento humano e eletrônico. O número de postos de atendimento aumentou de 47 para 68, permitindo o atendimento humano simultâneo de 68 usuários. Cerca de 90% das reclamações dos beneficiários são cadastradas pela Central de Relacionamento da ANS (portal na internet e telefone).

O gráfico a seguir demonstra o crescimento do número de ligações recebidas pelo Disque ANS, de 2007 a 2013.

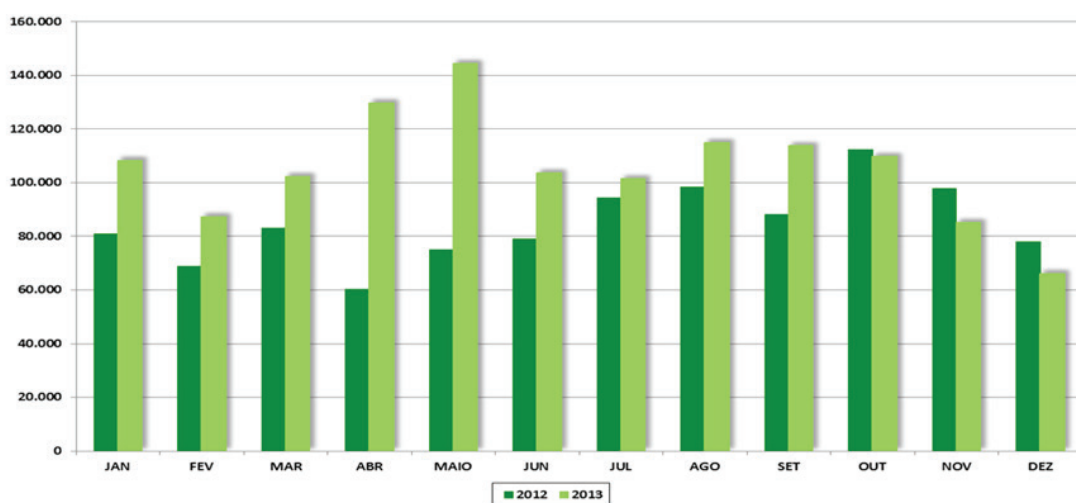
Evolução do número de ligações recebidas pelo Disque ANS (2007-2013)





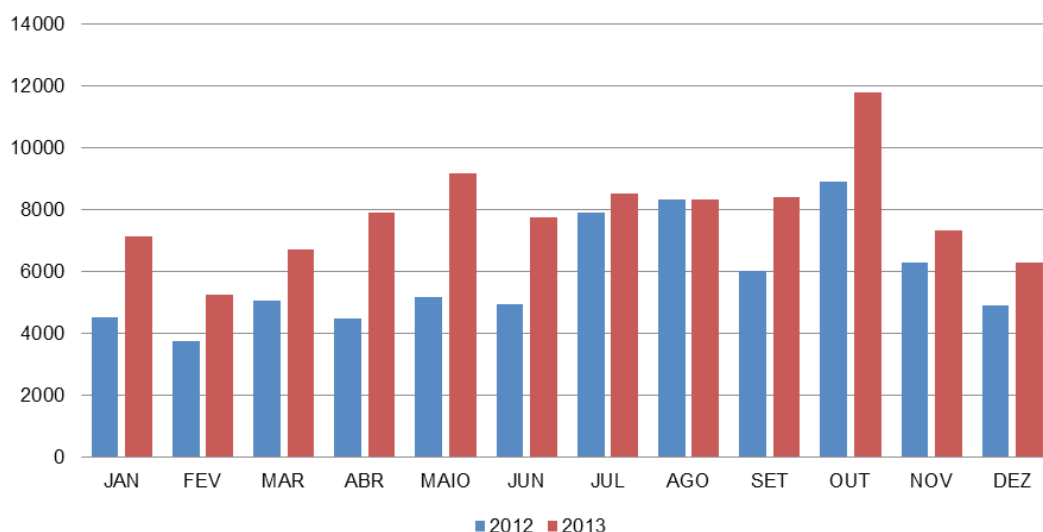
Em 2013, o Disque ANS recebeu 1.266.467 ligações em busca de informações ou para fazer reclamações, o que representou um aumento de 24,60% em relação ao ano anterior, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

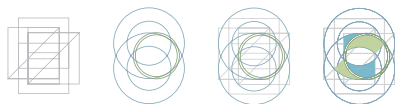
Total de Chamadas Recebidas no Disque ANS (2012-2013)



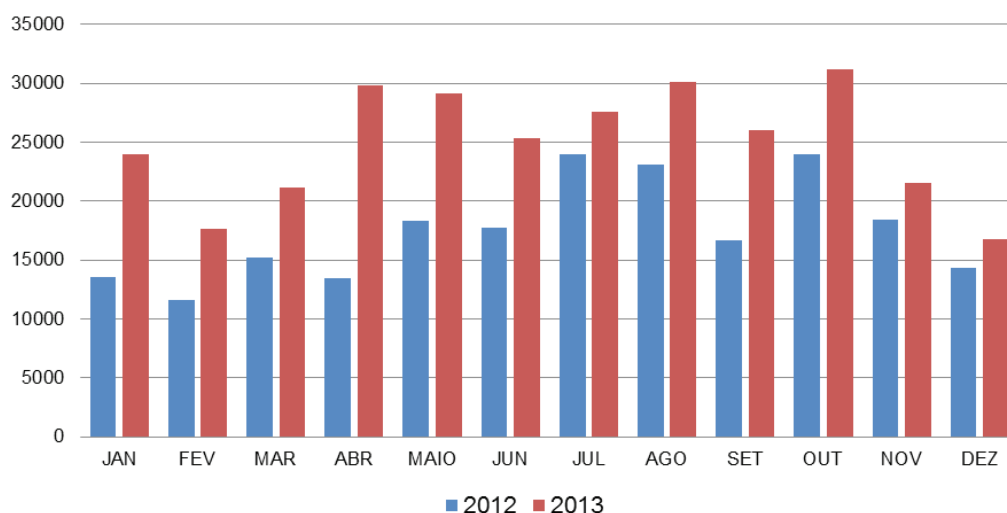
Destas chamadas, 94.668 foram reclamações, com um aumento de 34,46% em relação ao ano anterior; e 300.270 foram pedidos de informação, apresentando um crescimento de 42,67% em relação a 2012. A seguir os gráficos das demandas de reclamação e das demandas de informação, em 2012 e 2013.

Demandas de Reclamação (2012-2013)





Demandas de Informação (2012-2013)



Integram a Central de Relacionamento da ANS:

Disque ANS: 0800 701 9656, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

Central de Atendimento ao Consumidor

No portal www.ans.gov.br.

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.

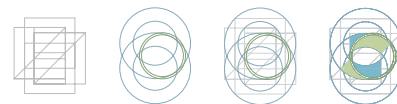
Atendimento pessoal

Doze núcleos da ANS em onze estados do país, para onde o consumidor pode se dirigir pessoalmente.

5.4 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. Em sua fase inicial, em 2003, 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, o programa foi ampliado, 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 de divulgação dos direitos dos consumidores, a exemplo de



materiais informativos, 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, as seis Centrais Sindicais do país passaram a integrar o programa. A relevância dessa aproximação deve-se ao fato de que mais de 65% dos beneficiários de planos de saúde tem planos coletivos empresariais, do que decorre a necessidade da inserção qualificada do mundo do trabalho, no processo regulatório do setor.

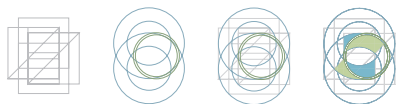
Em março de 2013 a ANS promoveu o Encontro Nacional Parceiros da Cidadania, reunindo representantes de instituições e de órgãos de defesa do consumidor. O objetivo foi discutir os avanços e desafios da regulação, além de estratégias para diminuição da assimetria de informação. Entre os assuntos abordados, foi acordado a criação de fóruns regionais da Saúde Suplementar e definidos planos de trabalho conjunto. O objetivo dos fóruns é além de tratar os problemas que por vezes afligem regionalmente o setor, promover um permanente ambiente de diálogo e participação que contribua para a construção de um setor sustentável, no aspecto assistencial e econômico-financeiro. Foi reafirmado ainda o compromisso da continuidade da cooperação entre a ANS e as Centrais Sindicais, para capacitação sobre a regulação setorial.

5.5 Grupos de Trabalho em articulação com o Poder Executivo e Judiciário

No âmbito da Presidência da República, a ANS participa do Comitê Consultivo do Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação - PRO-REG. Em articulação com o Ministério da Justiça, integra o Comitê de Consumo e Regulação – PLANDEC (Senacon/MJ). Junto com as demais agências reguladoras, participa do Fórum dos Dirigentes das Agências Reguladoras Federais (FDAR).

O Ministério da Saúde manteve, em 2013, alguns grupos de trabalho temáticos dos quais a ANS participa oficialmente, são estes: Comissão de Saúde e Direitos Humanos, Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS); Comitê Gestor do Câncer de Mama e de Colo do Útero; Comitê Gestor Redes de Urgência e Emergência – RUE; Comitê Gestor da Saúde Mental; Comitê Gestor do Programa de Aprimoramento e Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI); Comitê Nacional de Aleitamento Materno – CNAM; Comitê de Implantação/Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP/PNSP); Grupo de Trabalho de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME); Grupo de Trabalho para organização da saúde na Copa do Mundo 2014; e Grupo de Eventos de Massa do Ministério da Saúde (GEM).

Em articulação com o Poder Judiciário, a ANS integra o Comitê Executivo do Fórum Nacional de Saúde do Conselho Nacional de Justiça.

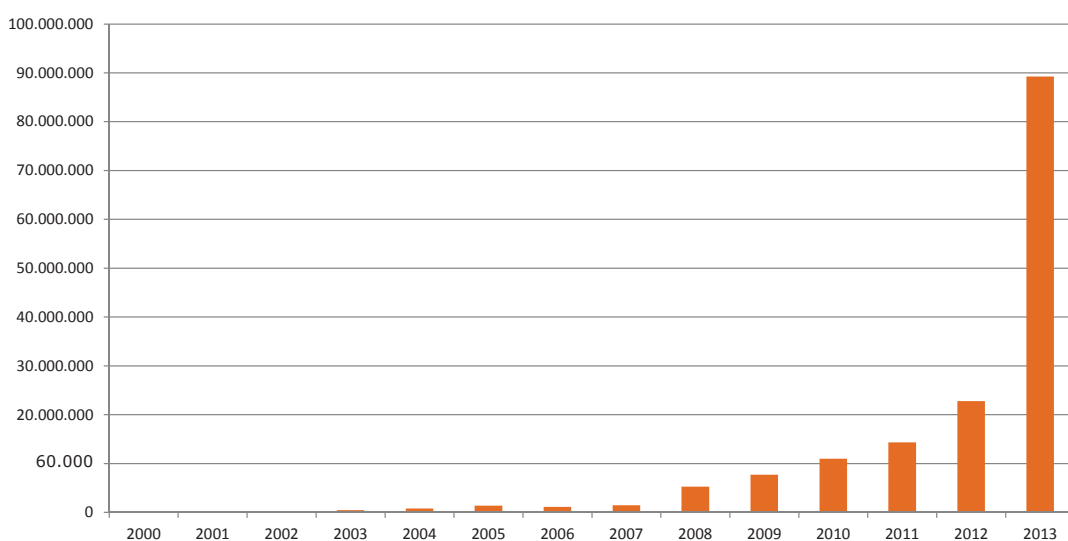


5.6 Aumento substancial na cobrança e arrecadação de multas

Avanço importante foi o substancial incremento no pagamento pelas operadoras das multas devidas. Como resultado do aperfeiçoamento dos processos de trabalho e da implementação da Análise Eficiente de Processos (AEP), criada em 2011, que possibilitou o julgamento em bloco de processos com a mesma característica, a ANS reduziu drasticamente o tempo de tramitação dos processos em segunda instância e a cobrança das respectivas multas às operadoras. Até 2011, este tempo era 12 meses; em 2012 passou para oito meses; e em 2013 para três dias.

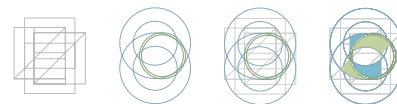
A Agência não somente reduziu drasticamente o tempo de tramitação do processo em segunda instância, como aumentou de forma importante a arrecadação de multas, passando de R\$ 10.982.407,73 em 2010, para R\$ 89.255.388,64 em 2013. O gráfico a seguir demonstra este resultado:

Arrecadação de multas (2000-2013)



| Ano | Valor em R\$ |
|------|--------------|
| 2000 | 60.000 |
| 2001 | 75.149 |
| 2002 | 196.732 |
| 2003 | 465.990 |
| 2004 | 796.638 |
| 2005 | 1.366.156 |
| 2006 | 1.140.153 |

| Ano | Valor em R\$ |
|------|--------------|
| 2007 | 1.451.578 |
| 2008 | 5.271.586 |
| 2009 | 7.721.565 |
| 2010 | 10.982.408 |
| 2011 | 14.323.154 |
| 2012 | 22.774.340 |
| 2013 | 89.255.389 |



Além das medidas gerenciais, houve também importante incentivo para as operadoras quitarem seus débitos: o Programa de Conformidade Regulatória, implementado em 2011, pela ANS e aberto para nova oportunidade de adesão em maio de 2013. Por meio do programa, as operadoras com histórico de regularidade no cumprimento da regulação e maior transparência, passaram a ter maior autonomia na gestão dos recursos financeiros, por meio da livre movimentação dos ativos garantidores das provisões técnicas e do escalonamento na necessidade de vinculação dos ativos garantidores da provisão de eventos e sinistros a liquidar.

Outra medida relacionada aos processos em segunda instância foi a disponibilização no portal da ANS de consulta (atualizada em tempo real) das decisões de processos sancionadores, possibilitando o acesso ao histórico do processo, sua localização, número da demanda, fase e data da decisão.

6. FOCO NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

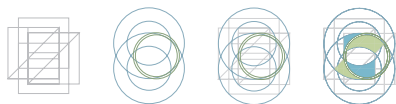
Com foco no estímulo à participação da sociedade, a Agência dispôs em Consulta Pública suas principais normas de 2013 e realizou a primeira Audiência Pública, desde a sua criação. Obteve sugestões da sociedade e do setor regulado nas Câmaras e Grupos Técnicos que trabalharam em 2013, e por meio de sua Ouvidoria manteve um canal para sugestões e reclamações sobre a sua atuação.

6.1 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. As competências da Câmara são: 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. Em 2013, a Câmara de Saúde Suplementar reuniu-se por quatro vezes, para discutir temas prioritários do setor legiada.

6.2 Ouvidoria da ANS

A Ouvidoria da ANS possui dois campos de atuação: interno e externo. A Ouvidoria Interna é o canal à disposição do quadro funcional da Agência para reclamar, elogiar, consultar ou fazer sugestão sobre o desempenho e o processo de trabalho da ANS. A Ouvidoria Externa é o canal de comunicação à disposição da sociedade para reclamar, elogiar, consultar e fazer sugestão sobre o desempenho e o processo de trabalho da Agência.



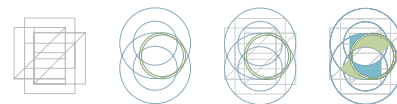
Com as manifestações recebidas dos consumidores e dos entes regulados, recomenda a correção de distorções, falhas, atos e omissões, buscando o aperfeiçoamento e a melhoria contínua da qualidade da atuação da Agência.

As atribuições da Ouvidoria da ANS são: i) acompanhar e avaliar permanentemente a atuação da ANS; ii) propor recomendações necessárias ao aprimoramento da Agência; iii) ouvir as reclamações de qualquer cidadão, relativas à infrações às normas de assistência suplementar; iv) receber denúncias de quaisquer violações de direitos individuais ou coletivos relacionados à assistência suplementar à saúde, bem como quaisquer atos de improbidade administrativa, praticados por agentes ou servidores, vinculados ou não à ANS; v) formular e encaminhar as demandas recebidas aos órgãos competentes da instituição; vi) promover ações necessárias à apuração das demandas recebidas, recomendando as providências necessárias ao atendimento; vii) dar ciência ao Diretor Presidente e aos demais diretores da ANS, de infringências de normas de assistência suplementar à saúde; viii) manter e garantir o sigilo da fonte e a proteção do denunciante, quando for o caso; ix) produzir relatórios contendo apreciações críticas sobre a atuação da ANS, expedindo recomendações para o aprimoramento da gestão; x) exercer as atividades de ouvidoria interna; e x) acompanhar e avaliar as atividades das ouvidorias das operadoras de planos de saúde.

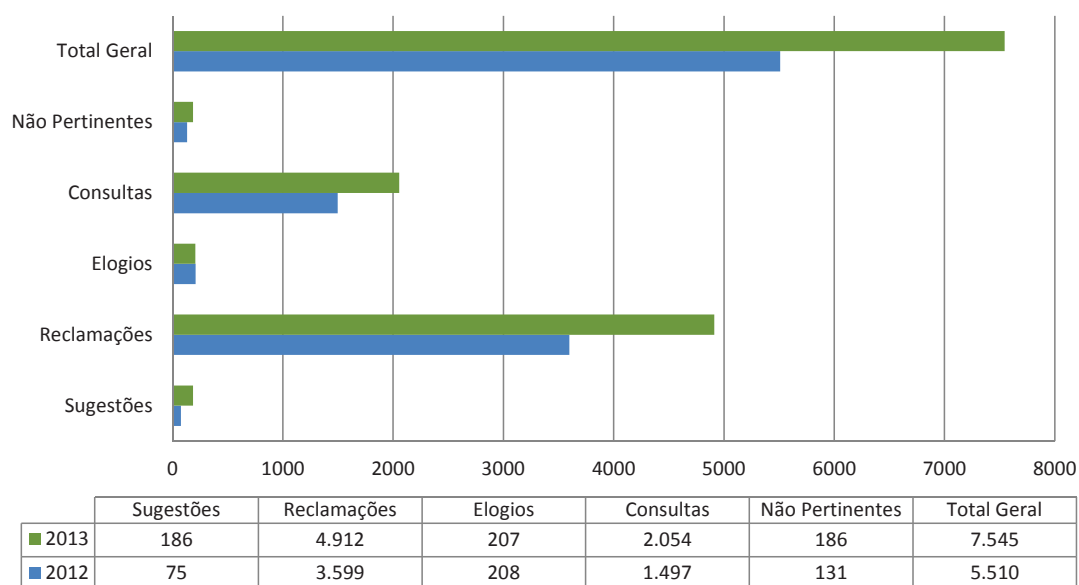
Como já referido, atendendo à recomendação da Ouvidoria, a ANS editou a RN nº 323, de 2013, tornando obrigatória a criação de Ouvidorias pelas operadoras de planos de saúde. O prazo de 180 dias foi dado para as operadoras com número igual ou maior de 100 mil beneficiários, e de 365 dias para as operadoras com o número maior de 20 mil e menor de 100 mil beneficiários. As 98 operadoras com mais de 100 mil beneficiários cumpriram o prazo e implementaram suas ouvidorias. Das 1364 operadoras com número maior de 20 mil e menor de 100 mil beneficiários, 203 já implementaram suas ouvidorias.

Esta ação representa um avanço significativo na busca da resolução imediata dos conflitos entre consumidores e operadoras, resultando em diminuição da judicialização das demandas e aumento da satisfação dos consumidores.

Em 2013, houve um incremento de cerca de 35% nas demandas recebidas pela Ouvidoria, em relação ao ano anterior. O número de sugestões mais do que dobrou, o de reclamações cresceu em 36% e o de consultas em 37%. O gráfico a seguir demonstra o número de demandas recebidas pela Ouvidoria nos dois últimos anos, e os dez principais temas que motivam as demandas.

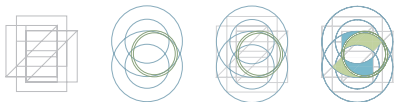


Demandas recebidas pela Ouvidoria da ANS (2012-2013)



Temas com maior número de demandas recebidas pela Ouvidoria (2013)

| Em Nº | Temas de Demanda | Quantidade de demanda |
|-------|-------------------------------|-----------------------|
| 1º | Operadoras de planos de saúde | 3.565 |
| 2º | Demora nas respostas | 826 |
| 3º | Legislação e normativos | 462 |
| 4º | Rol de procedimentos | 387 |
| 5º | Prestador de serviço | 362 |
| 6º | Canais de Atendimento | 272 |
| 7º | Andamento de demanda | 269 |
| 8º | Portabilidade | 173 |
| 9º | Agradecimento | 172 |
| 10º | Reajuste | 103 |



6.3 Consultas Públicas

Consulta Pública é a forma 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.

As Consultas são 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.

As Consultas Públicas realizadas em 2013 foram:

- Consulta Pública 52 - sobre a Agenda Regulatória 2013/2014, aberta de 21/12/2012 a 29/01/2013. Contribuiu para a Agenda Regulatória vigente.
- Consulta Pública 53 – sobre a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, aberta de 07/06/2013 a 06/08/2013. Contribuiu para a redação da RN nº 338, de 21 de outubro de 2013.
- Consulta Pública 54 – sobre Boas Práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde, aberta de 06/01/2014 a 04/02/2014. Em fase de consolidação das contribuições.

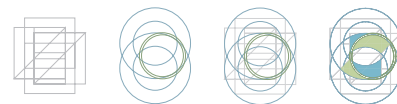
6.4 Audiência Pública

A ANS pode realizar audiências públicas para ouvir a opinião da sociedade e dos agentes regulados sobre assuntos importantes para a regulação. Essas reuniões são previamente divulgadas no portal da Agência e no Diário Oficial da União (DOU).

- A primeira audiência pública realizada pela ANS ocorreu em 23/01/2014 e tratou sobre a proposta da Consulta Pública 54, de Boas Práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde.

6.5 Câmaras e Grupos Técnicos

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.

São grupos temporários, compostos por especialistas da ANS e/ou por representantes do setor, a convite da ANS, de acordo com a complexidade e importância desses assuntos. Obedecem a um caráter formal, estabelecido em um regimento interno também aprovado pela Diretoria Colegiada.

Com estrutura e objetivos semelhantes, podem ser criados Grupos Técnicos. Estes realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico, não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica. As conclusões dos debates das Câmaras e Grupos Técnicos são importantes fundamentos para a elaboração da legislação.

Em 2013, a ANS contou com as seguintes Câmaras e Grupos Técnicos:

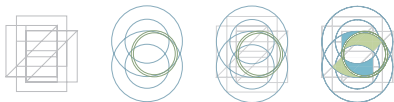
Câmara Técnica de Hierarquização dos Procedimentos Médicos – tem o objetivo de discutir com os representantes do setor a necessidade e a forma adequada de regulação da hierarquização dos procedimentos e eventos em saúde, tendo como principal referência o grau de capacitação, a complexidade técnica e o tempo de execução que cada procedimento requer. É debatido também o modelo de governança da hierarquização dos procedimentos e eventos em saúde. Câmara em andamento ao final de 2013.

Câmara Técnica sobre Monitoramento da Contratualização – seu objetivo é estabelecer procedimentos e requisitos a serem observados nos instrumentos jurídicos entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e a rede prestadora de serviços de saúde na assistência suplementar. Em andamento ao final de 2013.

Grupo Técnico de Solvência - constituído para o debate aprofundado do atual regime de solvência bem como a elaboração de proposta de possíveis aperfeiçoamentos de tal regime às peculiaridades deste mercado. Grupo Técnico em andamento ao final de 2013.

Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento - tem como objetivo a troca de informações entre a sociedade e a ANS em relação à metodologia do monitoramento da Garantia de Atendimento. Em andamento ao final de 2013.

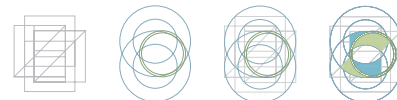
Grupo Técnico de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – seu objetivo foi a revisão do Rol de procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, que entrou em vigor em 02 de janeiro de 2014. Encerrado em 2013.



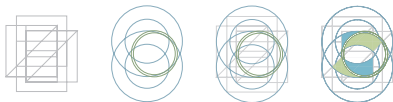
6.6 Participação em Audiências Públicas no Poder Legislativo Federal

Em 2013, a ANS divulgou 44 Boletins Informativos dirigidos ao Congresso Nacional, com temas relevantes em curso na regulação do Setor de Saúde Suplementar. Participou em treze audiências públicas convocadas pela Câmara de Deputados e pelo Senado Federal, para discutir e prestar esclarecimentos sobre temas e preocupações dos congressistas. A seguir as Audiências Públicas das quais a ANS participou.

| Câmara dos Deputados | | | |
|---|---|--|------------|
| Comissão | Parlamentar | Assunto | Data |
| Audiência Conjunta | Deputados: | REQ nº 291/2013 - CSSF - Solicita seja realizada audiência pública com a presença do Exmo. Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, para debater propostas em curso que tratam de incentivos à contratação de planos e seguros de saúde. | 03/04/2013 |
| Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) | Jandira Feghali (PCdoB/RJ), João Ananias (PCdoB/CE), Pastor Eurico (PSB/PE), Dr. Ubiali (PSD/SP) e Dr. Paulo Cesar (PSD/RJ) | | |
| Comissão De Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) | Dep. Vanderlei Macris (PSDB/SP) | REQ nº 401/2013 – CFFC - Solicita seja convocado o Senhor Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, para prestar esclarecimentos a esta Comissão sobre o aumento no número de casos de dengue registrados nas sete primeiras semanas de 2013 em comparação com o mesmo período do ano passado. | |
| Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) | Dep. Eleuses Paiva (PSD/SP) | REQ nº 300/2013 - CSSF - Requer a realização de Audiência Pública para discutir a venda da AMIL para a UNITED HEALTH. | 21/05/2013 |
| | Dep. Mandetta (DEM/MS) Dep. Eleuses Paiva (PSD/SP) | REQ nº 398/2013 – CSSF - Esclarecimentos sobre os critérios implementados para a vinda de médicos estrangeiros para o Brasil, além da perda de R\$ 17 bilhões durante o exercício de 2012 que deveriam ser utilizados no setor da saúde. | 14/08/2013 |
| Comissão De Defesa do Consumidor (CDC) | Dep. Ivan Valente (PSOL/SP) | EQ nº 155/2013 - CDC - Requer a realização de Audiência Pública, para a oitiva do Sr. André Longo, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar; representante do Ministério da Saúde; e representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor com a finalidade de se debater a fiscalização de planos de saúde, principalmente no que tange aos processos propostos em face de irregularidades cometidas por Planos de Saúde contra seus clientes e os prazos de análise dos referidos processos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. | 10/04/2013 |



| Câmara dos Deputados | | | |
|---|---------------------------------|--|------------|
| Comissão | Parlamentar | Assunto | Data |
| Comissão De Defesa Do Consumidor (CDC) | Dep. Ricardo Izar (PSD/SP) | REQ N° 212/2013 – CDC - Requer a realização de Audiência Pública para debater o custeio de órteses e próteses pelo Sistema único de Saúde e por operadoras privadas. Convidados: Renato Azevedo Júnior, Presidente do CRM/SP; Carlos Gadelha, Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde; Franklin Padrão Júnior, Presidente da Comissão Técnica FENASAÚDE; Joselito Pedrosa, Gerente-Geral de Tecnologia de Produtos para Saúde da ANVISA; Otto Barbosa, Diretor Comercial da Federação Unimed Nordeste Paulista. | 17/12/2013 |
| Comissão De Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) | Dep. Vanderlei Macris (PSDB/SP) | REQ n° 424/2013 - CFFC - Solicito sejam convidados o Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, o Diretor-Presidente da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sr. André Longo Araújo de Melo, e Representante do TCU - Tribunal de Contas da União, para debaterem, em audiência pública, sobre a demora na análise das denúncias recebidas contra as empresas de Planos de Saúde. | 06/06/2013 |
| Comissão de Trabalho de Administração e Serviço Público (CTASP) | Dep. Gorete Pereira PR/CE) | REQ n° 248/2013 – CTASP - Requer a realização de audiência pública para discutir a intervenção da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar na Fundação de Seguridade Social - GEAP. | 02/07/2013 |
| Comissão de Legislação Parlamentares (CLP) | Dep. Glauber Braga (PSB/RJ) | REQ n° 70/2013 – CLP - Requer a realização de Audiência Pública com o objetivo de fazer um balanço das ações e indicar perspectivas às Agências Reguladoras Federais no Brasil. | 21/08/2013 |
| Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) | Dep. Arthur Maia (PMDB/BA) | REQ n° 87/2012 – CCJC - Requer a realização de Audiência Pública para discutir o papel e os limites normativos das agências reguladoras no Brasil. | 08/08/2013 |
| Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) | Sen. Vital do Rêgo (PMDB/PB) | REQ n° 29/2013-CAE Requer a realização de Audiência Pública, conjunta com a CAS, destinada a instruir o PLS 259/2009, de autoria do Sen. Flexa Ribeiro (PSDB/PA). | 03/06/2013 |
| Comissão de Assuntos Sociais (CAS) | Sen. Ana Amélia (PP/RS) | EQ n° 56/2012 – CAS Requer Audiência Pública para discutir o reajuste da tabela do Sistema Único de Saúde (SUS). | 19/03/2013 |



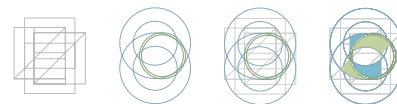
| Câmara dos Deputados | | | |
|--|------------------------------|--|------------|
| Comissão | Parlamentar | Assunto | Data |
| Comissão de Assuntos Sociais (CAS) | Sen. Humberto Costa (PT/PE) | REQ. nº 29/2013 – CAS - Instruir o Projeto de Lei do Senado nº 174, de 2011, “altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para modificar o art. 36, que institui regras sobre a elaboração dos planos de saúde, e para inserir dispositivos que regulam a responsabilidade sanitária dos gestores no âmbito do SUS”. | 04/07/2013 |
| Audiência Conjunta Comissões: Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ); Assuntos Sociais (CAS); e Assuntos Econômicos (CAE) | Sen. Vital do Rêgo (PMDB/PB) | Ofício nº 44/2013-PRESI/CCJ – Em atendimento à Resolução 4/2013, convido o Diretor-Presidente da agência a comparecer a audiência pública conjunta com a finalidade de prestar contas sobre o exercício de suas atribuições e o desempenho da agência, bem como avaliação das políticas públicas no âmbito de suas competências. | 20/06/2013 |

7. FOCO NA GARANTIA DE ACESSO À INFORMAÇÃO

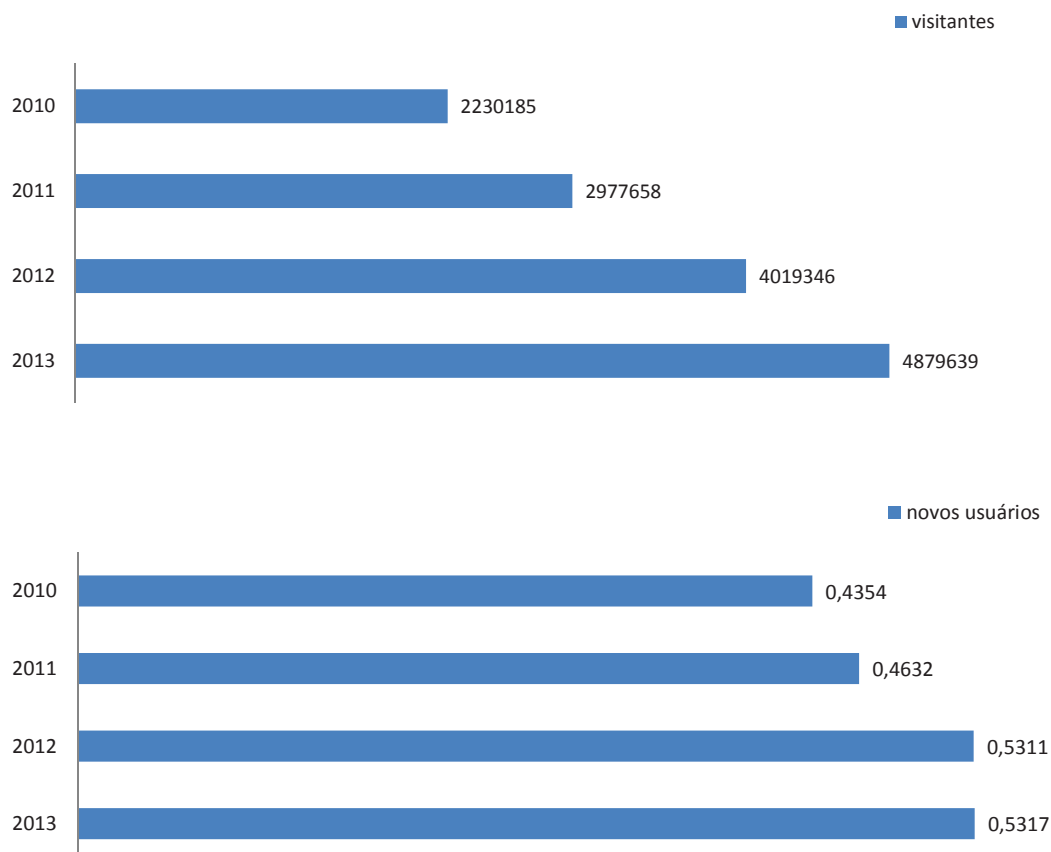
O aumento do número de visitantes ao portal demonstra que a Agência está, ano a ano, sendo mais conhecida pelos consumidores como fonte de informações sobre os planos de saúde. A ANS ampliou o Espaço Qualidade, para reunir dados úteis na hora de adquirir ou manter um plano de saúde, e manteve e ampliou suas publicações.

7.1 Acessos ao portal da ANS

Em 2013 o número de visitantes ao portal da ANS na internet cresceu cerca de 30% em relação ao ano anterior. Nos meses de divulgação da suspensão de comercialização de planos, 5º Ciclo de Monitoramento em abril; 6º Ciclo em agosto (em agosto, setembro e outubro a suspensão sofreu liminares até a decisão final do STF, em outubro); e 7º Ciclo em novembro, os acessos aumentaram em até 40%, 85% e 33% respectivamente, em relação aos mesmos meses do ano anterior. O portal da ANS está sendo aperfeiçoado e nova versão será lançada em 2014.



Número de visitantes ao portal da ANS (2011-2013)



7.2 Espaço Qualidade

Acesso à Informação

BRASIL

DISQUE ANS 0800 701 9656 | CENTRAL DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR | BOLETIM ANS |  

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

A agência reguladora de planos de saúde do Brasil

busca no site da ANS 

Busca avançada

Principal | Acesso à Informação | A ANS | Planos de Saúde e Operadoras | Legislação | Participação da Sociedade | Prestadores



7º ciclo de monitoramento dos planos de saúde
150 planos de 41 operadoras têm a comercialização suspensa, preventivamente, por três meses

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

7º ciclo de monitoramento dos planos de saúde

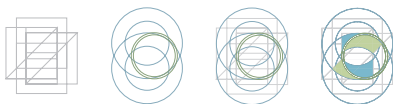
Consumo consciente de planos de saúde

Pesquisando sobre o setor de planos de saúde?

Espaço Qualidade

Espaço do Consumidor

- O que o seu plano deve cobrir
- Confira os prazos de atendimento

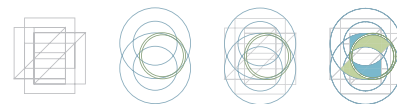


O Espaço Qualidade foi lançado em dezembro de 2012, e ampliado em 2013, para facilitar o acesso à informação na hora de escolher ou mudar de plano. As informações disponíveis são: Programa de Qualificação de Operadoras; Avaliação da Satisfação dos beneficiários por operadora; Planos com Comercialização Suspensa; Índice de Reclamações das Operadoras; Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças; Planos de saúde com comercialização suspensa; Divulgação da rede conveniada pela internet; e Acreditação de Operadoras.

7.3 Espaço Você Saudável

Em abril de 2013, a ANS lançou o espaço Você Saudável, com orientações voltadas à educação em saúde. Resultado da parceria da ANS com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a nova área traz dicas para aumentar a qualidade de vida, incentivando a adoção permanente de hábitos saudáveis pela população.

Com linguagem simples e acesso fácil, o espaço possui vídeos, links e aplicativos. O objetivo é buscar a conscientização das pessoas sobre a necessidade de se adotar hábitos de vida saudável, orientando sobre a importância do controle dos fatores de risco e reunindo informações que resultem em mudanças de comportamento com impacto direto na qualidade de vida. É um espaço voltado ao público em geral para estimular atitudes simples que resultem em uma vida mais saudável.



7.4 Campanha de orientação - Você sabe como contratar um plano de saúde de forma correta?

Em outubro de 2013 a ANS lançou a campanha - Você sabe como contratar um plano de saúde de forma correta? - para orientar os consumidores sobre como contratar um plano de saúde. O vídeo disponível no portal da Agência, assim como os folhetos, trazem perguntas simples, sobre tipo de contratação, tipo de atendimento, rede credenciada e abrangência do plano. Todas essas possibilidades, combinadas às faixas de idade das pessoas que farão parte do plano, impactarão no valor da mensalidade. A campanha alerta para a definição consciente das necessidades e avaliação se o valor final da mensalidade do plano pode ser incorporado à renda mensal do consumidor.

Você sabe como comprar um plano de saúde de forma correta?

Poucas pessoas sabem como contratar um plano de saúde e por isso acabam escolhendo planos que não fazem parte do seu perfil.

Contratar um plano de saúde é um assunto muito sério. É necessário avaliar vários itens, como:



Informe-se, pesquise e compare quais são os serviços que serão bons para sua saúde e para o seu bolso.

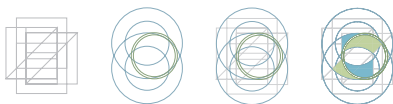
www.ans.gov.br / 0800 701 9656

ANS. A agência reguladora dos planos de saúde do Brasil.



Ministério da Saúde





7.5 Atualização do Guia Prático de Planos de Saúde

Em março de 2013, a ANS publicou a edição atualizada do Guia Prático de Planos de Saúde, lançado em 2012. O Guia contém informações para esclarecer dúvidas dos consumidores ou de quem deseja contratar um plano pela primeira vez.

Aborda os direitos quanto à cobertura mínima obrigatória, a área geográfica de cobertura, os reajustes de preços para cada tipo de plano e a portabilidade de carências para outra operadora, entre outros temas. A publicação traz um glossário com os termos mais utilizados pelo setor, bem como os canais de relacionamento da ANS com os consumidores.



O Guia de Planos é distribuído em eventos organizados pelos Procons e nos Núcleos da ANS nos Estados. Também pode ser consultado no portal da Agência na internet.

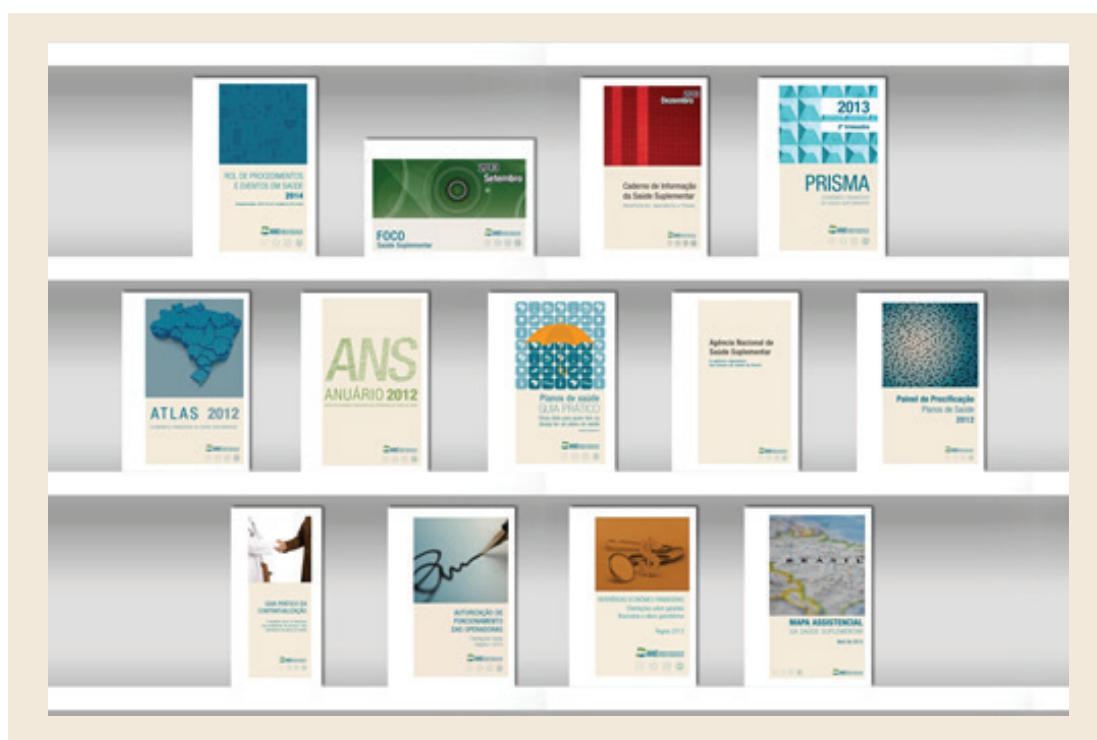
7.6 Lançamento da publicação Paineis de Precificação de Planos de Saúde



A publicação Paineis de Precificação de Planos de Saúde apresenta um panorama de questões relativas à precificação dos planos de saúde, em 2012, tais como: referências de preços praticados pelas operadoras, variação média dos reajustes por mudança de faixa-etária, custo médio estimado dos itens de despesa assistencial e demais despesas não assistenciais. Esta foi a primeira publicação da ANS sobre precificação dos planos de saúde.

7.7 Produção Editorial em 2013

Em 2013, 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.

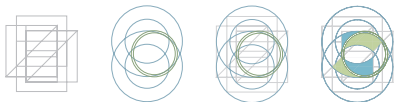


Periódicos: a ANS mantém sete publicações periódicas:

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.

Foco Saúde Suplementar - 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.

Mapa Assistencial - lançado em outubro de 2012 e tem periodicidade semestral. Apresenta dados da assistência prestada pelas planos de saúde.



Painel de Precificação de Planos de Saúde – lançado em agosto de 2013, com periodicidade anual. O Painel é uma publicação inédita da ANS. Traz um panorama de questões relativas à precificação dos planos de saúde, em 2012, tais como: referências de preços praticados pelas operadoras, variação média dos reajustes por mudança de faixa-etária, custo médio estimado dos itens de despesa assistencial e demais despesas não assistenciais.

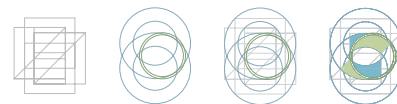
Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar - é publicado desde setembro de 2009 e tem periodicidade trimestral. Apresenta a evolução trimestral dos aspectos econômico-financeiro e patrimonial das operadoras, além de suas garantias financeiras, segmentados por modalidade da operadora. O Prisma é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

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.

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:

- Guia prático de planos de saúde, com informações práticas sobre os direitos dos beneficiários de planos de saúde e obrigações das operadoras.
- Apostila de Referências para Cálculos Econômico-financeiros, orienta as operadoras sobre os principais pontos relacionados às Garantias Financeiras e Ativos Garantidores, apresentando esquemas e exemplos de cálculos.
- Cartilha de Autorização de Funcionamento das Operadoras - Orientações Gerais, orienta sobre aspectos gerais da autorização de funcionamento das operadoras; os principais normativos sobre o tema; as modalidades organizacionais; os documentos mínimos para obtenção de registro de operadora; as pessoas jurídicas que pretendem atuar como operadoras – não possuem registro provisório na ANS; e os documentos que devem ser enviados para fins de regularidade do processo de autorização de funcionamento.
- Guia Prático da Contratualização, reúne informações sobre normas que regem a relação entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, como as cláusulas que são obrigatórias nos contratos: reajuste, definição de valores dos serviços contratados, rotinas de auditoria e prazos de faturamento e pagamento, entre outros.
- Orientações sobre planos coletivos, com informações práticas sobre os direitos dos beneficiários de planos de saúde coletivos e obrigações das operadoras.



- Informações sobre como entrar em contato com a Agência, com as indicações para o consumidor tirar dúvidas e fazer reclamações à ANS.
- Informações sobre a ANS, também nos idiomas inglês e espanhol, folheto institucional que informa sobre a finalidade da ANS.

A ANS dissemina conhecimento, informações e experiências também por meio de livros, alguns deles em parceria com outras instituições. Em 2013 foi lançada nova edição do livro *Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde*, com todas as coberturas vigentes a partir de 2014.

7.8 ANS nas mídias sociais

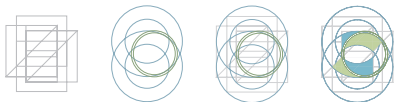
Em janeiro de 2013, a ANS ingressou oficialmente nas mídias sociais nesta quarta-feira, 9/1/2013, com a inclusão de informações para pesquisa nas plataformas *YouTube* (vídeos) e *Slideshare* (apresentações). Em dezembro de 2013, ingressou no *Twitter* para que o público receba de forma ágil as principais notícias da ANS e, em 2014, no *Facebook*. A presença nas redes sociais objetiva a interação com o público e a divulgação das ações institucionais. Os endereços são:

www.twitter.com/ans_reguladora
www.youtube.com/ansreguladora
www.slideshare.net/ans_reguladora
www.facebook.com/ans.reguladora

7.9 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, disponibilizou em seu portal na internet a versão navegável da 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 aperfeiçoada e divulgada no portal da ANS, e em 2013 foi atualizada incluindo prazos para a entrega dos serviços solicitados pelos cidadãos.

7.10 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.

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 de suas abrangências: nacional, regional e especializada. Essa convergência de mídias e abrangências, aliada ao atributo credibilidade, faz desse um poderoso canal para alcance do público alvo da ANS.

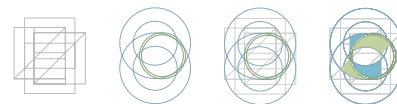
Em 2013, a Agência deu continuidade aos seminários para imprensa que já vinha realizando. Os seminários têm o objetivo de aperfeiçoar o conhecimento dos jornalistas sobre as atividades da ANS e do setor de Saúde Suplementar e, por consequência, zelar pela informação que chega ao consumidor final, contribuindo para uma boa comunicação da instituição com seus públicos. Em 2014 intensificará esta aproximação com os órgãos de comunicação do país.

7.11 Cadastro Nacional de Especialistas identifica atuação médica

Conhecer o perfil dos médicos e a distribuição da atuação médica em todo o território nacional é o principal objetivo do Cadastro Nacional de Especialistas, que desde de janeiro de 2013, está sendo elaborado em ação conjunta do Ministério da Saúde e ANS. A iniciativa conta com a parceria do Observatório de Relações Humanas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A criação do Cadastro Nacional é o ponto de partida para a formulação de uma política de formação de especialistas no país nos próximos dez a quinze anos. Para a elaboração deste banco de dados, serão utilizadas inicialmente informações do CNES, da Comissão Nacional de Residência Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB).

A importância da participação da Agência deve-se à necessidade de conhecer o trabalho das especialidades que atuam no setor. O Cadastro Nacional de Especialistas possibilitará o acesso às informações pelos beneficiários de planos de saúde, gestores e sociedade em geral, sobre a atuação dos profissionais do setor de saúde no país.



IV DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA

No âmbito da gestão interna, a ANS recebeu novos servidores, selecionados para cargos efetivos e temporários. Aprovou a elaboração da Política de Gestão de Riscos, elemento fundamental para a construção da governança corporativa. Lançou o seu primeiro programa interno de Sustentabilidade Socioambiental e recebeu o Prêmio Intranet Portal, de âmbito nacional, na categoria Colaboração.

1. Ingresso de servidores efetivos e temporários

Em abril de 2013, a Agência lançou o edital do concurso público para 81 vagas, distribuídas em nove estados do país, para servidores efetivos dos cargos de nível superior Analista Administrativo e Especialista em Regulação de Saúde Suplementar; e de nível intermediário: Técnico Administrativo e Técnico em Regulação de Saúde Suplementar. Os servidores aprovados assumiram suas atividades em novembro e dezembro de 2013.

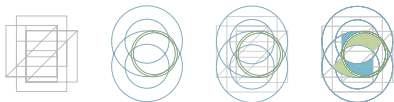
Além dos servidores efetivos (que pertencem ao quadro funcional da ANS), em julho de 2013 a ANS publicou edital para a realização de processo seletivo para 200 cargos temporários de nível superior. As vagas disponíveis foram para cargos de atividade técnica de complexidade intelectual e de atividade técnica de suporte. Em novembro, estes novos servidores temporários começaram suas atividades, em especial na análise dos processos de fiscalização.

2. Política de Gestão de Riscos

Há mais de uma década, o *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)* publicou a obra *Internal Control – Integrated Framework* para ajudar empresas e outras organizações a avaliar e aperfeiçoar seus sistemas de controle interno. Desde então, a referida estrutura foi incorporada em políticas, normas e regulamentos adotados por milhares de organizações para controlar melhor suas atividades visando o cumprimento dos objetivos estabelecidos. Posteriormente a estrutura do COSO ERM foi utilizada referencialmente no gerenciamento de riscos corporativos.

Nessa linha, o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou levantamento em 66 entidades da Administração Pública Indireta, entre elas, a ANS, com o objetivo de avaliar o grau de maturidade da gestão de riscos em cada uma dessas instituições e de produzir informações relevantes para o planejamento das ações de controle externo pelo TCU.

Essa iniciativa decorreu do objetivo estratégico do Tribunal de intensificar ações que promovam a melhoria da gestão de riscos e de controles internos da Administração Pública. O levantamento foi realizado entre novembro de 2012 e fevereiro de 2013 por meio da



aplicação de questionário desenvolvido pelo TCU para coletar as informações necessárias à avaliação da maturidade da gestão de riscos das entidades participantes.

O instrumento construído tomou por referência modelos de avaliação de riscos e controles bem estabelecidos, em especial, o COSO ERM e a ISO 31.000, bem como os desenvolvidos pela Secretaria do Tesouro do Reino Unido, Secretaria do Tesouro do Governo do Canadá e Escritório de Accountability Governamental dos Estados Unidos (GAO).

A gestão de riscos é elemento fundamental para a construção da governança corporativa. A implantação e o aprimoramento da gestão de riscos na organização constituem um processo de aprendizagem organizacional que começa com o desenvolvimento de uma consciência sobre a importância de gerenciar riscos e avança com a implementação de práticas e estruturas necessárias à gestão de riscos.

Atenta a isto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar criou a Coordenadoria de Avaliação e Riscos – COARI, e aprovou a elaboração da Política de Gestão de Riscos. Esta medida foi definida pela Diretoria Colegiada da Agência, seguindo boas práticas de governança corporativa.

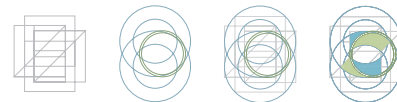
Para o ano de 2014, a Presidência da ANS estabeleceu como ação prioritária em seu planejamento, a implementação da Política de Gestão de Riscos. No decorrer do presente ano, serão concluídas ações importantes, entre as quais: i) a publicação da Política; ii) a capacitação dos gestores da ANS; iii) a promoção de seminário de gestão de riscos para todos os servidores da ANS; iv) a criação de canais de comunicação para disseminação da política; e v) a criação do Comitê de Avaliação de Riscos.

3. Implementação do Programa de Sustentabilidade Socioambiental

O Ministério do Meio Ambiente lançou e tem implementado, desde 1999, a Agenda Ambiental para a Administração Pública (A3P). A A3P é uma ação voluntária que busca a adoção de novos padrões de produção e consumo, sustentáveis, dentro do governo.

No ano de 2013, a ANS aderiu ao Projeto Esplanada Sustentável, criado por meio da Portaria interministerial nº 244 de 06/06/2012, por uma iniciativa conjunta de quatro Ministérios: do Planejamento, do Meio Ambiente, de Minas e Energia e Desenvolvimento Social e Combate à Fome. A partir de então, a ANS elaborou seu próprio Plano de Logística sustentável (PLS), que segue a metodologia do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. A Agência incluiu a sustentabilidade socioambiental em sua Agenda Regulatória 2013/2014.

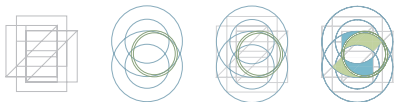
O PLS conta com 15 ações são prioritárias para a mudança de cultura da Agência, no que diz respeito ao uso racional dos recursos públicos e à inserção da variável socioambiental no ambiente de trabalho.



Cinco das 15 ações já foram incorporadas na gestão da ANS, ações importantes, como: redução do consumo de papel e de cartuchos para impressão com utilização de ilhas de impressão, impressão em frente e verso, monitoramento de papel usado para impressão e cópias, compra de papel proveniente de madeira reflorestada, gerenciamento eletrônico de documentos e processo eletrônico, além da utilização de Eco Fonte; a coleta seletiva Solidária; a criação da área de convivência, as campanhas de sensibilização dos servidores e ainda a criação do Espaço Livre de Leitura foram ações integralmente concluídas no ano de 2013.

As demais ações que compõem o PLS da ANS estão em andamento e encontram-se listadas a seguir:

- Realizar acordo de cooperação com a Fiocruz: a ato inicial relacionado à esta ação, se deu por meio da abertura de um processo administrativo.
- Produzir informativos: foram disponibilizados na Intranet vários informativos, para conscientizar a instituição e os servidores em relação aos cuidados relacionados à aquisição, utilização e descarte de insumos e materiais.
- Implementar compras e contratações sustentáveis: antes de 2013, a ANS vinha gradativamente incorporando elementos de sustentabilidade em suas compras e contratações, como por exemplo, a utilização de material de limpeza biodegradável e aquisição de papel proveniente de madeira de reflorestamento.
- Implementar ações de TI verde: ao longo do tempo, a ANS tem adotado ações relacionadas à TI Verde, como por exemplo, o descarte de lixo eletrônico (juntamente com o Patrimônio) – desfazimento; otimização na utilização dos recursos de impressão; adoção de regras de contratação de equipamentos com baixo consumo de energia elétrica; adoção de práticas de virtualização de servidores para a otimização de uso de recursos; manutenção atualizada dos hardwares e sistemas operacionais; integração de dados, informações e sistemas. A ação proposta, a curto prazo, é a ativação do dispositivo de hibernação dos computadores, que propicia um consumo mínimo de energia após um tempo de inatividade.
- Incentivar a redução do uso de copos plástico: para isso, foram distribuídos copos permanentes para todos os servidores. A meta é reduzir em 50% o uso de copos descartáveis, até o término de 2014.
- Incentivar a redução do consumo de energia: a principal ação proposta para a conquista deste objetivo é o de progressivamente promover a substituição das lâmpadas de 20 e 40 watts, por lâmpadas mais eficientes de 16 e 32 watts, economizando energia, sem perda de luminosidade. As máquinas responsáveis pelo sistema de refrigeração estão sendo substituídas por outras, que além de mais eficientes quanto ao consumo de energia, não utilizam água no processo de refrigeração. Com a medida, estima-se que a economia de



água será de 60% e de energia, de 10%. Destaca-se também a implantação de sensores nas pias dos banheiros, o desligamento de um dos elevadores em horários de menor movimento, uma maior segmentação dos interruptores para acionamento e desligamento das lâmpadas, bem como para refrigeração.

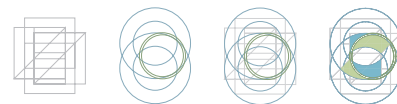
- Incentivar a redução do consumo de papel – a Agência já incorporou ações importantes como a utilização de ilhas de impressão, impressão em frente e verso, monitoramento de papel usado para impressão e cópias, e compra de papel proveniente de madeira de reflorestamento.
- Incentivar a redução do uso de água: implantadas medidas para economia de água como os vasos sanitários com caixas acopladas e acionamentos temporizados nas torneiras. O grande fator de economia será o novo sistema de refrigeração.
- Realizar exposições de talentos especiais dos funcionários: realizadas duas exposições, uma de fotografias e outra de pintura à óleo na cobertura do Edifício Barão do Mauá, sede da ANS, durante o ano de 2013.
- Articular do PLS com as ações do Programa de Saúde e Qualidade de Vida: várias ações foram implementadas, por meio de adequações de mobiliário, adequações estruturais e criação de novos espaços, com o objetivo de atender às demandas de sustentabilidade e qualidade de vida no âmbito da ANS. Destinado espaço para as aulas de canto coral, aulas de alongamento e de pilates de solo, assim como, aulas de dança de salão, que foram incorporadas ao novo contrato de saúde ocupacional, com vistas à melhoria da saúde dos trabalhadores. Criada também sala de coleta de leite materno, a fim de incentivar o aleitamento até os dois anos de idade, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Alguns dos projetos de sustentabilidade iniciados no ano de 2013 serão continuados em 2014. Dentre eles, destaca-se a criação de um bicicletário com duchas, composto de quinze vagas de bicicleta, com quatro vestiários, permitindo viabilizar o uso de bicicleta como meio de transporte, incentivando a prática de exercícios físicos e colaborando para a redução dos gases poluentes no meio ambiente.

Outras propostas relacionadas ao plano de logística sustentável da ANS encontram-se sob a análise da Comissão de Sustentabilidade, entretanto, carecem de avaliação e estudo de viabilidade por parte da administração para que sejam implantadas.

4. Intranet da ANS ganha prêmio de abrangência nacional

A Intranet da ANS, a Intrans, foi ganhadora da quinta edição do Prêmio Intranet Portal, na categoria Colaboração, em agosto de 2013. A ferramenta inovou em colaboração, integrando desde o ano passado servidores e colaboradores da ANS. Por intermédio da



Intrans, sugestões, críticas, notícias, eventos, notas técnicas e normas, entre outros itens, estão disponíveis dia a dia dentro da ANS.

O principal objetivo do concurso é identificar e disseminar casos de sucesso e boas práticas, bem como reconhecer o esforço das equipes e empresas envolvidas. Organizações como Eletrobras, Banco do Brasil, Itaú, ONS, Método Engenharia, Sebrae, Documentar e ENSP/Fiocruz já foram premiadas nas edições anteriores, de 2008 a 2012. As premiações do Intranet Portal estão distribuídas nas categorias Grand Prix para empresas privadas e Grand Prix para organizações não-privadas (governo, terceiro setor e economia mista), além dos prêmios individuais por quesitos.

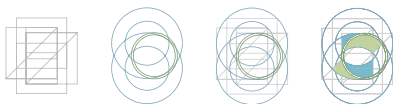
A Intrans concorreu na categoria das organizações não-privadas, ao lado da Câmara dos Deputados e do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). Os finalistas disputaram o Grand Prix, etapa avançada da premiação na qual só concorrem os melhores de cada segmento, disputando simultaneamente os quesitos Conteúdo, Colaboração e Integração em tecnologia da informação.

Perfil, comunidades e serviços

A Agência implantou a intranet social em junho de 2012. O projeto foi elaborado a partir de pesquisas sobre comunicação interna e uso de tecnologias colaborativas, realizadas em abril e junho de 2011, pela Gerência de Comunicação Social e pela Gerência de Segurança e Tecnologia da Informação da Agência. O levantamento demonstrou que a antiga plataforma estática servia para leitura rápida de informações e acesso aos sistemas de informação.

Com o diagnóstico mapeado, a arquitetura da intranet tornou-se social, baseando-se em perfis, comunidades e serviços. Todos colaboradores possuem perfis em rede, de forma similar ao *Facebook* ou *LinkedIn*, com a diferença de que as informações funcionais são alimentadas diretamente pelo sistema de recursos humanos.

Os perfis na plataforma colaborativa também possibilitam, a qualquer servidor, criar uma comunidade temática, seja para reunir um grupo de trabalho, promover aprendizagem, compartilhar práticas ou documentar projetos. A mudança começa na visibilidade aos temas técnicos da Agência, frequentemente debatidos em grupos de trabalho formais, onde se produzem minutas, notas e outros documentos para a aprovação das resoluções normativas.

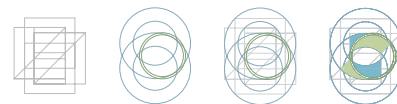


Esses espaços temáticos podem ser públicos (sem moderação), restritos (com moderação) ou privados (somente para convidados). Quem cria os espaços possui a opção de definir subtemas e pode configurar blogs, arquivos, fóruns, documentos colaborativos, entre outras tecnologias conhecidas como mídias sociais. Os comentários nas notícias e os comentários nas comunidades são as ferramentas mais utilizadas, o que vem viabilizando mais transparência institucional.

Inovação na gestão pública

Há um ano no ar, a intranet social apresenta métricas quantitativas que indicam o dia a dia da instituição. Existem 60 comunidades, no total. Dessas, cerca de 80% são iniciativas institucionais para agilizar a troca de documentos, como o espaço temático de Apoio à Diretoria Colegiada ou Agenda Regulatória. Há também iniciativas individuais de servidores, como o Observatório da Regulação, que publica postagens semanais sobre políticas públicas e regulação.

Entre as ferramentas mais utilizadas na intranet, destacam-se os comentários nas notícias e os comentários nas comunidades, o que tem viabilizado maior transparência institucional. Boa parte dos 1.144 comentários, (feita por 270 membros, num universo de 1.325 membros) aconteceu nas notícias. De um total de 684 posts, 304 foram notícias.



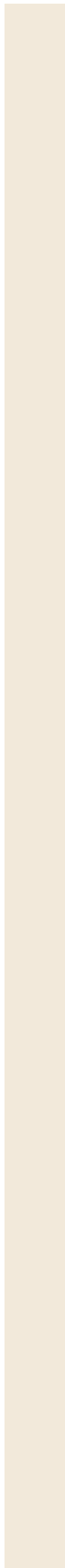
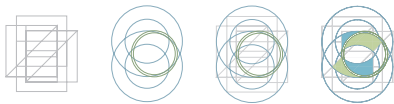
Os comentários impactaram a cultura organizacional. Se antes a instituição emitia apenas comunicados oficiais no portal, com direito à réplica da imprensa, agora permite a tréplica dos servidores na rede social interna.

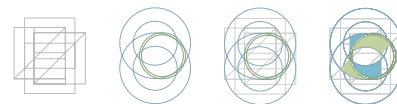
O projeto está inserido no contexto de governo eletrônico participativo, também denominado governo 2.0 ou e-gov, no qual a utilização das tecnologias colaborativas inova processos, em vez de somente automatizá-los. Isso ocorre de forma transversal em diferentes áreas da organização, como gestão de pessoas, comunicação ou informação. Além disso, a utilização do software livre Wordpress, com a extensão Budypress, reduziu custos com licenças de softwares legados e viabilizou o desenvolvimento de serviços únicos para portal e intranet, como a busca às legislações da Agência e às consultas públicas.

5. Análise de Impacto Regulatório

A Análise de Impacto Regulatório (AIR) está sendo implementada na ANS, sob a forma de projetos piloto. É 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. 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 2013, foi dada continuidade às discussões e acompanhamento dos projetos selecionados pela Diretoria Colegiada.

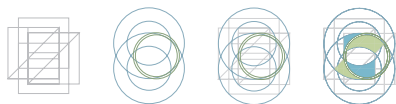




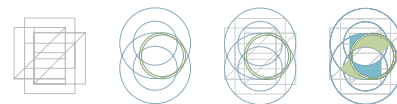
ANEXO

RESOLUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2013

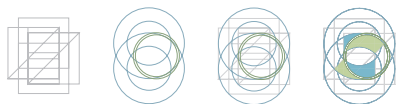
| Nº da RN | Data DOU | Ementa |
|----------|------------|---|
| 344 | 23/12/2013 | Altera a Resolução Normativa – RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde |
| 343 | 19/12/2013 | Regulamenta a forma de processamento das demandas de reclamação; o procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP; altera a Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003; e revoga a RN nº 226, de 5 de agosto de 2010 |
| 342 | 06/12/2013 | Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS |
| 341 | 28/11/2013 | Altera a Resolução Normativa RN n. 305 de 09 de outubro de 2012 que estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde e revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009 |
| 340 | 27/11/2013 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe, em especial, sobre o agrupamento de contratos coletivos, para prorrogar o prazo previsto para as operadoras atualizarem o cadastro dos temas do instrumento jurídico dos planos registrados |
| 399 | 26/11/2013 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro demonstrativo de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar |



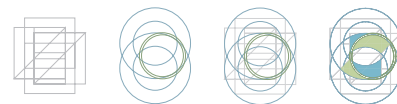
| Nº da RN | Data DOU | Ementa |
|----------|------------|---|
| 388 | 22/10/2013 | Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências. |
| 377 | 18/10/2013 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, que dispõe, em especial, sobre o processo administrativo sancionador |
| 336 | 08/10/2013 | Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS |
| 335 | 27/09/2013 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 256 de 18 de maio de 2011, que institui o Plano de Recuperação Assistencial e regula o regime especial de Direção Técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar, e dá outras providências |
| 334 | 02/08/2013 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e a RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde |
| 333 | 17/07/2013 | Acrescenta o art. 22-C à Resolução Normativa – RN nº 139, de 24 de novembro de 2006, que dispõe, em especial, sobre o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar |
| 332 | 03/07/2013 | Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS |



| Nº da RN | Data DOU | Ementa |
|----------|------------|--|
| 331 | 28/06/2013 | Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS |
| 330 | 06/06/2013 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe, em especial, sobre o agrupamento de contratos coletivos, para prorrogar o prazo previsto para as operadoras atualizarem o cadastro dos temas do instrumento jurídico dos planos registrados |
| 329 | 27/05/2013 | Altera as Resoluções Normativas - RN nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões técnicas, especialmente da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, e a RN nº 278, de 17 de novembro de 2011, que institui o Programa de Conformidade Regulatória |
| 328 | 23/04/2013 | Altera a Resolução Normativa - RN 4, de 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS. |
| 327 | 23/04/2013 | Altera o § 1º do art.24 e acrescenta o art.27-A na Resolução Normativa - RN nº 253, de 5 de maio de 2011, que dispõe, em especial, sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS |
| 326 | 23/04/2013 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 301, de 7 de agosto de 2012, que alterou a RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, que dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da ANS, a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, e a RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que dispõe sobre o Regimento Interno da ANS. |

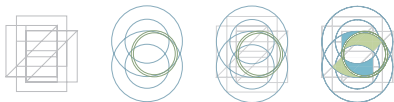


| Nº da RN | Data DOU | Ementa |
|----------|------------|---|
| 325 | 19/04/2013 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, de que trata art. 10-B da Lei nº 9.656, de 1998 |
| 324 | 19/04/2013 | Altera a Resolução Normativa RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e a Instrução Normativa IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, que dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos |
| 323 | 04/04/2013 | Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde |
| 322 | 28/03/2013 | Altera o Anexo da Resolução Normativa nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde |
| 321 | 22/03/2013 | Altera a RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, que instituiu o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar |
| 320 | 07/03/2013 | Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 28, de 26 de junho de 2000 e a Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004 |
| 319 | 06/03/2013 | Dispõe sobre a informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista e acrescenta parágrafo único ao artigo 74 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde |
| 318 | 10/01/2013 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 304, de 19 de setembro de 2012, que dispõe sobre o encaminhamento da Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP para Planos Coletivos Empresariais |



INSTRUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2013

| Nº da IN/ Diretoria | Data DOU | Ementa |
|------------------------|------------|---|
| 15/DIGES | 23/12/2013 | Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2013, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da Resolução Normativa - RN nº139, de 24 de novembro de 2006 |
| 11/DIFIS | 13/11/2013 | Altera a Instrução Normativa - IN nº 42, de 26 de fevereiro de 2013, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO |
| 43/DIPRO | 06/06/2013 | Dispõe sobre as informações do Sistema de Registro de Planos de Saúde da ANS - RPS/ANS a serem transmitidas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, no formato XML (Extensible Markup Language) e altera a Instrução Normativa nº 23, de 1º de dezembro de 2009, que dispõe sobre os procedimentos de Registro de Produtos |
| 14/DIGES | 19/04/2013 | Altera o Anexo da Instrução Normativa nº 13, de 29 de janeiro 2013, que dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2012, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da Resolução Normativa - RN nº139, de 24 de novembro de 2006 |
| 52/DIDES | 22/03/2013 | Define as regras para a divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde em seus materiais de divulgação da rede assistencial |
| 42/DIPRO | 27/02/2013 | Dispõe sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde; regulamenta o artigo 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e revoga a Instrução Normativa - IN nº 38, de 24 de maio de 2012, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO |
| 13/DIGES | 05/02/2013 | Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2012, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da Resolução Normativa - RN nº139, de 24 de novembro de 2006 |



CONSULTAS PÚBLICAS

| Consulta Pública | Período | Norma decorrente | Ementa |
|---|-------------------------|---------------------------|--|
| Boas Práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde | 06/01/2014 a 04/02/2014 | Consulta Pública em curso | Estabelece regras gerais para a manutenção de boas práticas no relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios |
| Consulta Pública para atualização da Resolução Normativa que define o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde | 07/06/2013 a 06/08/2013 | Lei nº 9.961/00 | Dispõe sobre a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 |
| Dispõe sobre a Agenda Regulatória 2013/2014, com 7 (sete) eixos temáticos e 36 projetos propostos | 21/12/2012 a 29/01/2013 | Agenda Regulatória | Dispõe sobre a Agenda Regulatória 2013/2014, com 7 (sete) eixos temáticos e 36 projetos propostos |

Veja o endereço da ANS mais próximo de você:

| Núcleo | Endereço | Abrangência |
|-------------------|--|---|
| Belém/PA | Rua Dom Romualdo de Seixas, 1.560 Edifício Connex Office - 7º pavimento, Espaços corporativos 4 e 5 - Bairro Umarizal - CEP 66055-200 | Amapá, Amazonas, Pará e Roraima |
| Belo Horizonte/MG | Rua Paraíba, 330 - 11º andar - Sala 1104 Edifício Seculus Bairro Funcionários - CEP 30130-917 | Minas Gerais (com exceção da Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais) e Espírito Santo |
| Brasília/DF | SAS Quadra 1, lote 2, Bloco N, 1º andar, Ed. Terra Brasília - CEP 70070-941 | Distrito Federal, Goiás, Tocantins |
| Cuiabá/MT | Av. Historiador Rubens de Mendonça, 1894 Salas 102, 103 e 104 Av do CPA Centro Empresarial Maruanã Bairro Bosque da Saúde - CEP 78050-000 | Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia |
| Curitiba/PR | Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 373 Conjunto 902 Bairro Centro - CEP 80410-180 | Paraná e Santa Catarina |
| Fortaleza/CE | Av. Dom Luís, 807 - 23º pavimento Edifício Etevaldo Nogueira business Bairro Meireles - Fortaleza/CE - CEP 60160-230 | Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte |
| Porto Alegre/RS | Rua dos Andradas, 1276 - 6º andar - Sala 602 Bairro Centro - CEP 90020-008 | Rio Grande do Sul |
| Recife/PE | Av. Lins Pettit, 100 - 9º andar Empresarial Pedro Stamford Bairro Ilha do Leite - CEP 50070-230 | Alagoas, Paraíba e Pernambuco |
| Ribeirão Preto/SP | Rua São Sebastião, 506 - 2º andar Salas 209 a 216 - Edifício Bradesco Bairro Centro CEP 14015-040 | Ribeirão Preto, Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais, Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto |
| Rio de Janeiro/RJ | Av. Augusto Severo, 84 - térreo - Ed. Barão de Mauá Bairro Glória - CEP 20021-040 | Rio de Janeiro |
| Salvador/BA | Av. Antonio Carlos Magalhães, 771 Salas 1601-1604 e 1607-1610 Edifício Torres do Parque Bairro Itaipara - CEP 41.825-000 | Bahia e Sergipe |
| São Paulo/SP | Av. Bela Cintra, 986 - 5º andar - Ed. Rachid Saliba Bairro Jardim Paulista CEP 01415-000 | São Paulo, com exceção das Mesorregiões de Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto. |

