

Relatório de Atividades

2014



Rio de Janeiro
2016

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

Organização:

Gerência Geral de Análise Técnica GGATP/GAB/PRESI

Projeto Gráfico:

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Diretoria Colegiada da ANS:

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

Relatório de Atividades 2014 da ANS *Online*

Acesse:

<http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/prestacao-de-contas/relatorio-de-atividades>

Ficha Catalográfica

A 265r Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).

Relatório de atividades 2014 [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2016.

6.6 KB; ePUB.

1. Relatório de atividades. 2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). I. Título.

CDD 352.806

Catalogação na fonte – Biblioteca da ANS – Coordenação de Documentação e Biblioteca

Diretoria Colegiada da ANS em 2014:

André Longo Araújo de Mello

Diretor Presidente de 26/02/2013 até 11/01/2015

Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos de 16/11/2012 até 11/01/2015

Bruno Sobral de Carvalho

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

Diretor de Fiscalização de 29/08/2013 até 31/03/2014

Diretor de Desenvolvimento Setorial Interino de 29/08/2013 até 31/03/2014

José Carlos de Souza Abrahão

Diretor de Gestão a partir de 15/05/2014

Leandro Reis Tavares

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

Diretor de Gestão Interino de 18/10/2013 até 14/05/2014

Diretor de Desenvolvimento Setorial Interino de 01/04/2014 até 21/08/2014

Martha Regina de Oliveira

Diretora de Desenvolvimento Setorial a partir de 21/08/2014

Simone Sanches Freire

Diretora de Fiscalização a partir de 12/05/2014

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	7
INTRODUÇÃO.....	9
I - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	13
II – AVANÇOS REGULATÓRIOS - FOCOS	17
1. Monitoramento das Operadoras.....	17
2. Acesso e Qualidade Assistencial	29
3. Sustentabilidade do Setor	44
4. Integração com o SUS	46
5. Fiscalização	53
6. Participação Social e Articulação Setorial	61
7. Acesso à Informação	66
III - DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA	77
ANEXO	83

APRESENTAÇÃO

Este Relatório de Atividades tem o objetivo de prestar contas à sociedade das principais atividades realizadas em 2014 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O relatório é organizado em três partes e um anexo. A primeira parte aborda competências, marco legal, estrutura básica e Agenda Regulatória 2013/2014 da ANS.

O cerne da atividade regulatória da ANS está na segunda parte – a dos avanços conquistados em 2014, organizados em focos de atuação da Agência: Monitoramento das Operadoras, Acesso e Qualidade Assistencial, Sustentabilidade do Setor, Integração com o Sistema Único de Saúde (SUS), Fiscalização, Participação Social e Articulação Setorial, e Acesso à Informação.

Na sequência, são apresentados alguns destaques da gestão interna da Agência, tendo em vista que aspectos relacionados à estrutura, logística, recursos humanos e orçamento já são tradicionalmente temas do Relatório de Gestão, concluído ao final de cada ano, apresentado ao Tribunal de Contas da União (TCU) e, após aprovação, publicado no portal da ANS na internet.

Por fim, no anexo, estão listadas as Resoluções Normativas e as Instruções Normativas publicadas pela Agência em 2014.

Destaque-se que a quase totalidade do conteúdo utilizado neste relatório está disponível no portal da ANS na internet. Ressalte-se também que este documento não esgota todas as atividades da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2014.

Boa leitura!

INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma agência reguladora, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o Território Nacional na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde.

Sua finalidade institucional 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.

Em dezembro de 2014, a regulação do setor de saúde suplementar incidiu sobre um universo de 50,8 milhões de consumidores de planos de assistência médica, com uma cobertura de 26,2% da população brasileira - o que significa que um em cada quatro habitantes do país tem plano de saúde com assistência médica. Os planos exclusivamente odontológicos cobrem 21,4 milhões de consumidores, com uma taxa de cobertura de 11% da população brasileira.

Atuavam no país 1.425 operadoras de planos privados de assistência à saúde (921 médico-hospitalares; 383 exclusivamente odontológicas; e 121 administradoras de benefícios). No total, são 53.055 planos de assistência médica e 4.741 planos exclusivamente odontológicos registrados pelas operadoras na ANS.

Em 2014, os planos privados de saúde realizaram 280,3 milhões de consultas médicas; 9,7 milhões de internações; 763 milhões de exames complementares; e 56 milhões de terapias (como por exemplo quimioterapia, radioterapia, hemodiálise).

A receita de contraprestações (mensalidades) das operadoras médico-hospitalares atingiu R\$ 124,62 bilhões em 2014. A despesa assistencial correspondeu a 105,84 bilhões, com 84,9% de sinistralidade (proporção da despesa em relação à receita). As operadoras exclusivamente odontológicas apresentaram receita de R\$ 2,71 bilhões, com R\$ 1,24 bilhão de despesa assistencial, sinistralidade de 45,8%.

As principais ações da ANS, a cada biênio, são previstas em uma Agenda Regulatória construída por meio de Consulta Pública. A Agenda 2013/2014 foi 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 Sistema Único de Saúde (SUS); e Governança regulatória.

Entre os principais avanços conquistados pela ANS, em 2014, destacam-se seis: i) a consolidação do monitoramento e da suspensão cautelar da comercialização de planos de saúde por descumprimento dos prazos e por negativas infundadas de cobertura; ii) o incremento significativo nos valores resarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS); iii) o substancial aumento no pagamento das multas por autos de infração, pelas operadoras; iv) a implementação bem sucedida das ouvidorias nas estruturas das operadoras de planos de saúde; v) a cobertura obrigatória dos planos de assistência médica para os tratamentos com medicamentos antineoplásicos de uso oral; e vi) a regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014, com novas regras para os contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde em todo o país.

Em 2014, a Agência consolidou o processo de monitoramento e suspensão cautelar da comercialização de planos de saúde por descumprimento dos prazos e por negativas infundadas de cobertura. Desde a criação da ANS até o final de 2014, foram realizados 12 ciclos de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que resultaram em 10 medidas de suspensão da comercialização de planos de saúde. O Monitoramento conquistou

ampla adesão da sociedade; contribui para uma maior proteção aos direitos dos beneficiários de planos de saúde e um maior conhecimento da ANS pelos consumidores; e induziu condutas responsáveis e atentas aos direitos dos consumidores, por parte das operadoras.

O incremento do ressarcimento ao SUS foi significativo nos últimos quatro anos. Em 2014, as operadoras ressarciram R\$ 393,53 milhões ao Sistema Único de Saúde - aumento de 114% em relação ao valor arrecadado em 2013, quando foram ressarcidos R\$ 183,86 milhões. Também em 2014, a Agência encaminhou R\$ 195,72 milhões para inscrição em dívida ativa. De 2011 a 2014, os valores inscritos em dívida ativa foram da ordem de R\$ 516,24 milhões.

Em julho de 2014, a ANS iniciou a divulgação do cadastro positivo das operadoras que efetivamente pagam o ressarcimento ao SUS, no seu portal na internet, em Dados Integrados de Qualidade Setorial. Um importante avanço implementado em 2014 foi a ampliação do de pessoas que possuem o número do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) preenchido na base de dados da ANS. Atualmente, são 42,3 milhões de indivíduos identificados com planos de saúde, dos quais, 23 milhões (55%) contam com este número de identificação. Atualmente as operadoras utilizam aplicativo do Datasus/Ministério da Saúde, para atribuir o número do Cartão SUS, em lote, aos beneficiários de planos de saúde.

Concomitantemente, a ANS aprovou norma para melhorar a informação dos beneficiários sobre o seu plano de saúde e facilitar a comunicação entre a Agência, as operadoras e os consumidores. As operadoras têm prazo, até janeiro de 2016, para fornecerem aos consumidores um conjunto mínimo e padronizado de informações sobre o seu plano de saúde (Identificação Padrão da Saúde Suplementar) que pode ser disponibilizado em meio físico ou digital. Está disponível no portal da Agência o aplicativo COMPROVA, por meio do qual os consumidores podem consultar os seus dados informados pelas operadoras à ANS.

A ANS implantou em seu portal na internet o Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS), sistema online para tramitação digital de notificações e pedidos de impugnação e recurso dos processos de ressarcimento ao SUS, entre a Agência e as operadoras de planos de saúde.

Em dezembro de 2014, a ANS lançou publicação inédita sobre a utilização do sistema público pelos beneficiários da Saúde Suplementar – o Mapa da utilização do SUS por beneficiários da Saúde Suplementar, análise que detalha o perfil dos beneficiários, os procedimentos mais realizados, o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por Unidade da Federação e os deslocamentos da procura por serviços dentro do território nacional.

Um avanço no período foi a redução drástica do tempo de tramitação dos processos em segunda instância e a cobrança das respectivas multas às operadoras. Aumentou em mais de quatro vezes a arrecadação de multas por auto de infração, passando de R\$ 27,3 milhões, em 2012, para R\$ 160,4 milhões, em 2014. 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 setorial passaram a ter maior autonomia na gestão dos recursos financeiros, por meio da livre movimentação dos ativos garantidores das provisões técnicas.

Contribuiu também para o incremento da arrecadação o incentivo trazido pela reabertura do parcelamento extraordinário. Com base na Lei nº 12.996, de 2014, alterada pela Lei nº 13.043, de 2014, foram concedidos parcelamentos, pagamentos à vista e pagamento da antecipação da dívida com benefícios.

A implementação de ouvidorias pelas operadoras foi um sucesso regulatório. Atualmente, 98% dos beneficiários de planos de saúde contam com serviços de ouvidorias em suas operadoras. Esta medida voltada para o consumidor visa a facilitar o acesso dos consumidores ao que foi contratado junto às operadoras. Seu propósito é reduzir os conflitos entre os consumidores e as operadoras, restabelecendo a credibilidade na relação com os clientes. Por este trabalho, a ANS foi contemplada com Menção Honrosa conferida pelo Prêmio de Ouvidorias

Brasil - 2014, promovido pela Associação Brasileira das Relações Empresa-Cliente (ABRAREC) e pela revista “Consumidor Moderno”, com o apoio da Associação Brasileira de Ouvidorias (ABO), e recebeu também o prêmio da categoria “Aprimoramento das Atividades de Ouvidoria”, conferido pelo 2º Concurso de Boas Práticas da Controladoria-Geral da União (CGU).

A ampliação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde foi de suma importância em 2014. Os beneficiários de planos de saúde 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), procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; e foram incluídos ainda 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.

Por fim, a Lei nº 13.003, de 2014, representou um avanço para o setor. Sua regulamentação dispôs sobre a obrigatoriedade de substituir os prestadores de serviços de saúde descredenciados e de comunicar previamente ao beneficiário os descredenciamentos, bem como a obrigatoriedade de inclusão de regras de reajuste nos contratos entre prestadores de serviços de saúde e operadoras.

Entre as principais ações empreendidas pela ANS, em 2014, destacam-se também: a implementação da obrigatoriedade de as operadoras incluírem, em todo o material de divulgação da sua rede assistencial (portal, internet, livreto ou outra forma de divulgação), informações sobre os atributos de qualificação dos prestadores; e as regras para a remoção de pacientes de planos de saúde com cobertura hospitalar, tanto dentro da rede credenciada pelo seu plano de saúde como remoções de pacientes que estão na rede pública e desejam ser atendidos na rede credenciada pelo seu plano de saúde.

Em 2014, 1.234 programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças ativos estavam informados à ANS, abrangendo uma população de cerca de 1,6 milhão de beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O resultado do programa de Qualificação das Operadoras 2014 – ano base 2013, para o segmento médico-hospitalar, indicou que o percentual de operadoras tanto nas duas melhores faixas do IDSS como nas duas faixas de pior avaliação ficou estável, porém houve um aumento do percentual de beneficiários de planos médico-hospitalares situados nas duas melhores faixas de IDSS, passando de 76%, no ano base 2011, para 83%, no ano base 2013. Nas duas piores faixas, houve redução de 3% para 2% no mesmo período.

Quanto à avaliação das operadoras exclusivamente odontológicas, observou-se que nas duas melhores faixas de IDSS o percentual de operadoras evoluiu de 52%, em 2011, para 61%, no ano base 2013, enquanto que nas duas faixas menores houve manutenção no patamar de 19%, nos últimos três anos. Houve um aumento do percentual de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos nas duas melhores faixas de IDSS, de 76% para 92%; e redução de 4% para 3% nos que estão em operadoras classificadas nas duas piores faixas de avaliação, respectivamente em 2011 e 2013.

Nessa linha, outras ações empreendidas pela ANS em 2014 foram: o incremento da resolutividade das reclamações por negativa de cobertura, por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP); e a ampliação da NIP para as demandas tanto assistenciais como não assistenciais. Em 2014, entre as reclamações recebidas, 64.217 foram objeto de NIP por motivo assistencial, das quais 87% foram resolvidas por mediação de conflitos.

Em 2014, foram instauradas 23 Direções Fiscais em operadoras, encerradas 34 e ao final do ano 67 estavam em curso. Decretou-se a Liquidação Extrajudicial de 10 operadoras e 75 estavam em curso em dezembro de 2014.

O número de acessos ao portal da ANS na internet em 2014 foi similar ao do ano anterior (cerca de quatro milhões de visitantes); e o percentual de acessos de novos visitantes foi de 53,54%, mantendo o patamar dos 53,10% de novos visitantes em 2013. As visitas ao portal por meio de dispositivos móveis aumentaram em 71%. Em 2014, o portal foi migrado para adequação às novas tecnologias e ao perfil navegacional dos usuários, aumentando ainda a sua segurança. Neste ano, a ANS também ingressou no *Facebook*.

Em junho de 2014, a ANS lançou simultaneamente duas campanhas de utilidade pública, para veiculação em todo o Brasil: uma sobre escolha consciente do plano de saúde mais adequado para cada pessoa; e outra com orientação especial aos idosos. A veiculação foi feita por meio de TVs abertas, fechadas e segmentadas do país, além de TVs de ônibus e de metrôs, e revistas de circulação nacional.

No âmbito interno, a Agência deu passo importante no âmbito da governança regulatória. Publicou o Guia de Boas Práticas Regulatórias, que está em processo de implementação, assim como a Avaliação de Impacto Regulatório (AIR), sob a forma de projetos piloto; também está em fase de implantação a Política de Gestão de Riscos da ANS, que é elemento fundamental para a construção de sua governança corporativa.

No decorrer deste relatório, são apresentados estes e outros resultados alcançados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2014.

I – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

A seguir, são apresentados o marco legal, a estrutura básica, a missão e as principais dimensões de atuação da Agência.

MARCO LEGAL, FINALIDADE INSTITUCIONAL E COMPETÊNCIAS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma 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, normatização, controle e fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde.

A ANS foi criada em janeiro de 2000, como uma autarquia sob o regime especial, caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia das decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Tem sede no estado do Rio de Janeiro e possui 12 Núcleos de atendimento nos seguintes estados: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo (na capital e em Ribeirão Preto).

MARCO REGULATÓRIO

Lei nº 9.961, de 2000 - Cria a ANS

Lei nº 9.656, de 1998 - Dispõe sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

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

MISSÃO

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

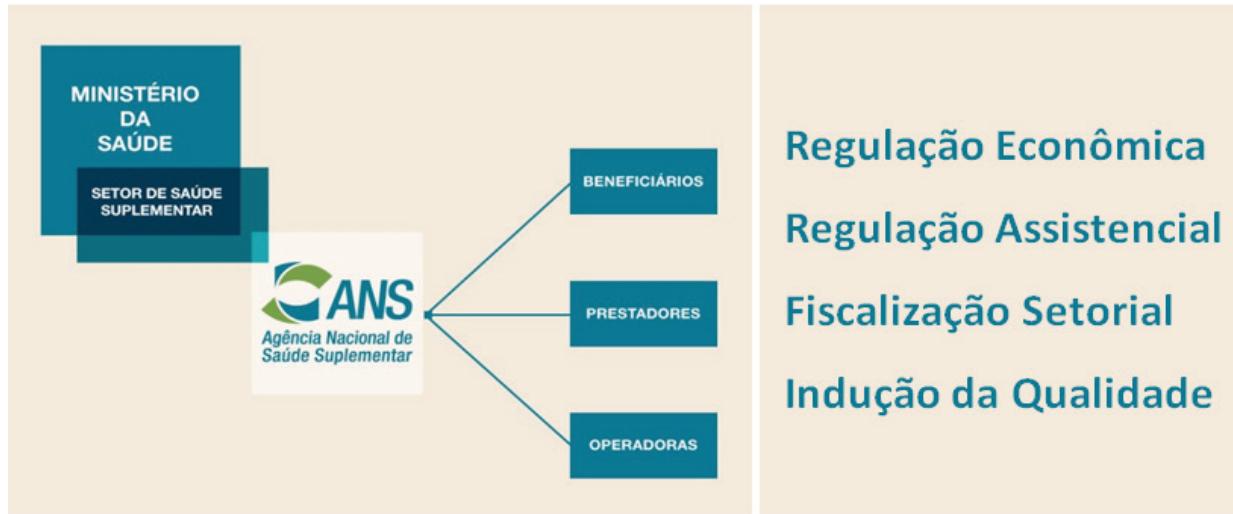
VISÃO

Ser reconhecida como indutora de eficiência e qualidade na produção de saúde.

VALORES

A ANS tem por valores institucionais a transparência e ética dos atos, o conhecimento como fundamento da regulação, o estímulo à inovação para busca de soluções e sustentabilidade setorial e o foco no compromisso social.

DIMENSÕES DA ATUAÇÃO DA ANS

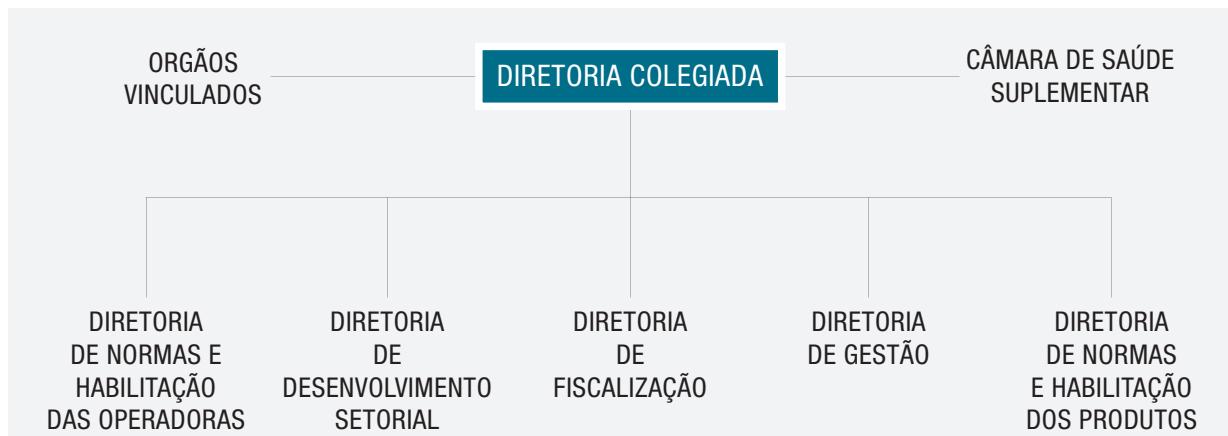


Qualidade → **Eficácia** → **Eficiência** → **Inovação**

ESTRUTURA BÁSICA

Além da Diretoria Colegiada da ANS e da Ouvidoria, a regulação do setor conta com uma Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), órgão de participação institucionalizada da sociedade na 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.



DIRETORIAS

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, não subordinados à 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 controla 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

Planeja, coordena, organiza e controla as atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos ou planos privados de assistência à saúde, bem como as atividades referentes à regulação assistencial, incluindo a revisão periódica do Rol de Procedimentos, incentivo a programas de promoção da saúde; monitoramento do risco assistencial e regime de direção técnica, definição e monitoramento das políticas de preço na Saúde Suplementar, regras de portabilidade de carências e acompanhamento e controle das transferências de carteira de planos de saúde das operadoras.

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Fiscaliza as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zela pelo cumprimento das normas do setor. Instaura, instrui e decide em primeira instância processos administrativos, promove ações de fiscalização preventiva nas operadoras, oportuniza e estimula a resolução de conflitos e coordena o atendimento aos consumidores por meio de canais de relacionamento, inclusive pessoalmente nos núcleos da ANS. Realiza articulações com órgãos e entidades de defesa do consumidor e da sociedade civil organizada.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Identifica interfaces e fomenta a integração entre o segmento de saúde suplementar e o Sistema Único de Saúde; dissemina e produz informações padronizadas e de qualidade para a inovação do setor de saúde suplementar e para subsidiar políticas públicas, inclusive resarcindo os recursos do SUS e amplia o poder de escolha dos consumidores de planos privados de assistência à saúde.

Diretoria de Gestão – DIGES

Planeja, coordena, organiza e implementa políticas, ações e projetos de gestão e aprimoramentos internos, visando a ampliar a capacidade de governança da ANS, por meio do programa de qualificação institucional, do fomento aos projetos de estudos e pesquisas, do gerenciamento de pessoas, da tecnologia da informação e da execução das atividades administrativo-financeiras.

AGENDA REGULATÓRIA DA ANS

Atualmente o principal desafio do setor de saúde suplementar é a sua sustentabilidade. Para dar conta desses desafios, desde a primeira Agenda Regulatória 2011/2012, a Agência definiu um conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor. Por meio desses temas, ou eixos da agenda, a ANS busca a sustentabilidade setorial mediante a resolutividade e o equilíbrio financeiro do setor, a estabilidade regulatória, a qualidade da assistência e a segurança ao consumidor.

A Agenda Regulatória é um instrumento de planejamento que dá transparência à sociedade sobre os temas prioritários para a ANS, assegurando maior qualidade à sua atuação e permitindo que: a sociedade opine sobre os assuntos tratados pela Agência e como devem ser encaminhados; o cidadão acompanhe a evolução das propostas preestabelecidas; as ações da ANS sejam cada vez mais claras; a elaboração das normas do setor fique aberta à participação da sociedade, por meio de representação em Câmaras Técnicas e participação em Consultas Públicas.

A Agenda Regulatória do biênio 2013/2014 agregou a análise dos desafios enfrentados pelo setor, os projetos oriundos do planejamento estratégico das áreas técnicas da ANS, bem como os 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 a sociedade. As contribuições foram analisadas e consolidadas, resultando na definição da Agenda Regulatória da ANS do biênio 2013/2014, que priorizou 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.

Em 2015, a ANS publicou Consulta Pública para receber contribuições para a Agenda do triênio 2015/2017, em fase de consolidação. A Agência propôs três eixos de ação para o próximo triênio: Garantia de acesso e qualidade assistencial; Sustentabilidade do setor; e Integração com o SUS.

Os produtos resultantes da Agenda 2013/2014, bem como os demais avanços de 2014, são descritos na próxima seção, dos Avanços Regulatórios.

II – AVANÇOS REGULATÓRIOS

1. FOCO NO MONITORAMENTO DAS OPERADORAS

As principais conquistas relacionadas ao monitoramento das operadoras são a consolidação do monitoramento do cumprimento dos prazos máximos para atendimento; o monitoramento do Risco Assistencial; a apuração do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS); e as medidas de monitoramento econômico-financeiro.

1.1 Medida cautelar de proteção ao consumidor: monitoramento da garantia de atendimento



Após ampla participação da sociedade e das operadoras, os prazos máximos para atendimento de consultas, exames e internações foram regulamentados pela Resolução Normativa nº 259, de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN/DIPRO nº 23, de 2009.

Prazos máximos de atendimento definidos pela RN nº 259, de 2011.

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

De acordo com a metodologia utilizada, disposta na IN/DIPRO nº 42, de 2013, alterada pela IN nº 11, de 2013, após consolidação trimestral dos resultados, os produtos das operadoras que foram repetidamente reclamados pelos consumidores, apontando reiteração da conduta de não garantia de atendimento aos seus beneficiários, são suspensos para fins de comercialização até que as operadoras apresentem melhores resultados.

A suspensão da comercialização é uma medida preventiva que tem por objetivo melhorar o acesso do cidadão aos serviços contratados. Os motivos analisados para fins de suspensão são: descumprimento dos prazos máximos para marcação de consultas, exames e cirurgias; e, desde março de 2013, também são considerados os seguintes critérios relacionados à negativa de cobertura, na suspensão de planos: rol de procedimentos, período de carência, rede de atendimento e reembolso.

A seguir o fluxo do processo, o perfil de reclamações do último ciclo de 2014 e o histórico do monitoramento da Garantia de Atendimento.

Entenda o monitoramento

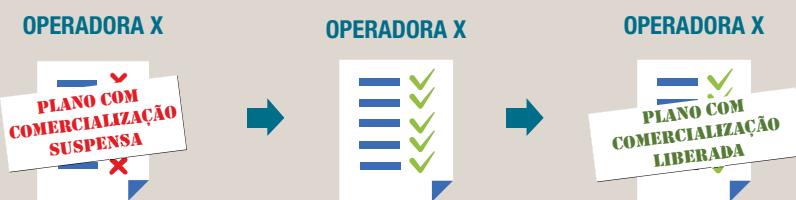
- 1** Os beneficiários de planos de saúde entram em contato com a ANS por meio de um de seus canais de relacionamento e registram reclamações sobre negativas de atendimento ou descumprimento dos prazos máximos de atendimento.



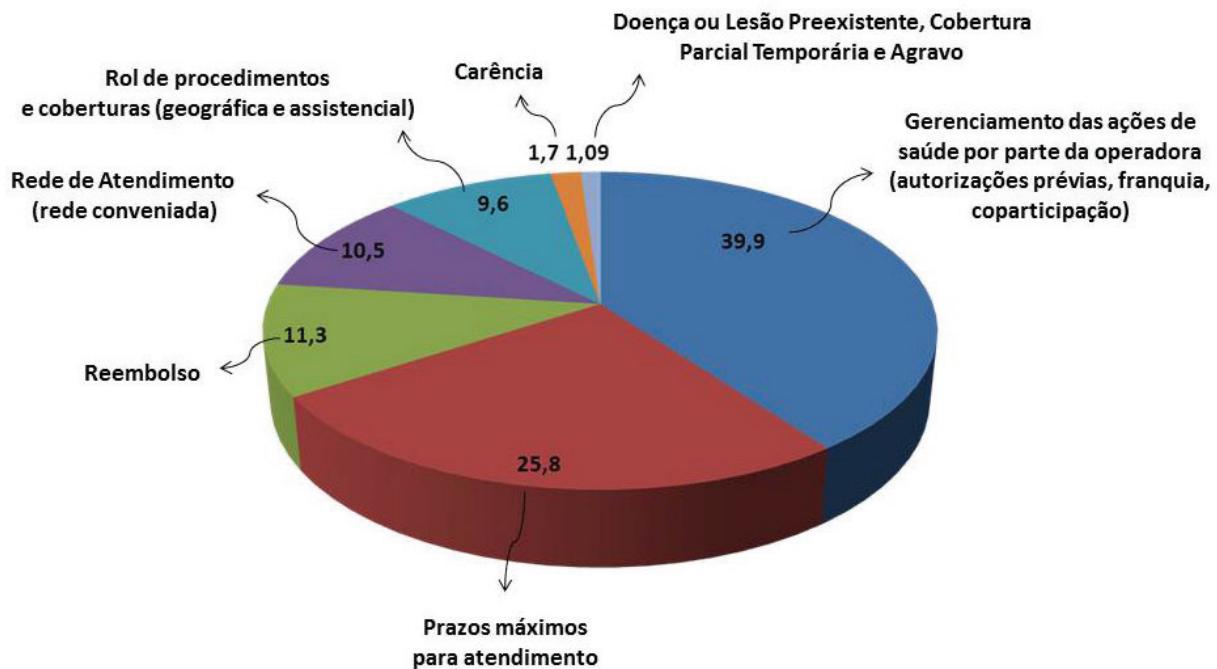
- 2** As demandas são tratadas por meio da Notificação de Investigação Preliminar (NIP), pela qual a ANS faz contato com a operadora, que deve dar resposta no prazo máximo de 5 dias úteis. Após processamento, as reclamações são contabilizadas pelo programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento e são classificadas de acordo com o número de queixas.



- 3** Os planos de saúde com maior número de reclamações no período referente a cada ciclo do programa de monitoramento ficam impedidos de ser comercializados ou de receber novos beneficiários até, pelo menos, a divulgação do ciclo seguinte. Dessa maneira, a operadora tem a oportunidade de resolver os problemas que acarretam o mau atendimento e ficar apta a receber novos consumidores com melhor qualidade na prestação da assistência.



Perfil de reclamações do 12º ciclo (em %)



Histórico do Monitoramento da Garantia de Atendimento

Período	Total de Reclamações	Operadoras com planos suspensos no período	Planos suspensos no período
1º ciclo 19/12/2011 a 18/03/2012	2.981	0	0
2º ciclo 19/03 a 18/06/2012	4.682	37	268
3º ciclo 19/06 a 18/09/2012	10.144	38	301
4º ciclo 19/09 a 18/12/2012	13.600	29	225
5º ciclo 19/12/2012 a 18/03/2013	13.348	0	0
6º ciclo 19/03 a 18/06/2013	17.417	26	246
7º ciclo 19/06 a 18/09/2013	15.158	41	150
8º ciclo 19/09 a 18/12/2013	17.599	47	111
9º ciclo 19/12/2013 a 18/03/2014	13.079	36	161
10º ciclo 19/03/2014 a 18/06/2014	13.009	28	123
11º ciclo 19/06/2014 a 18/09/2014	12.031	16	65
12º ciclo 19/09/2014 a 18/12/2014	13.921	11	70

Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento

Em 2013, a ANS instituiu o Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento, com objetivo de trocar informações entre a sociedade e a ANS, para aperfeiçoar a metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento.

Além da participação de técnicos da Agência, o Grupo Técnico é composto por representantes dos prestadores, dos segmentos de operadoras de planos médico-hospitalares e odontológicos e dos consumidores: Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (PROTESTE); Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE); Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED DO BRASIL); Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE); Ministério Público do Consumidor, Núcleo de Defesa do Consumidor, da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (NUDECON), Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON); Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOOG); e União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS).

Fortalecer o consumidor com informações e instrumentos contribui para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à sociedade.

O monitoramento da garantia de atendimento conquistou ampla adesão da sociedade, e contribui, sem dúvida, para uma maior proteção aos direitos dos beneficiários de planos de saúde; um maior conhecimento da ANS pelos consumidores; bem como para a indução de condutas responsáveis e atentas aos direitos dos consumidores, por parte das operadoras.

1.2 Monitoramento econômico-financeiro

A ANS monitora diariamente os valores e os indicadores econômicos, financeiros e patrimoniais 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 de liquidação extrajudicial.

Regimes Especiais são medidas administrativas aplicadas quando outras menos gravosas não tiveram êxito. São estes: 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.

Direção fiscal

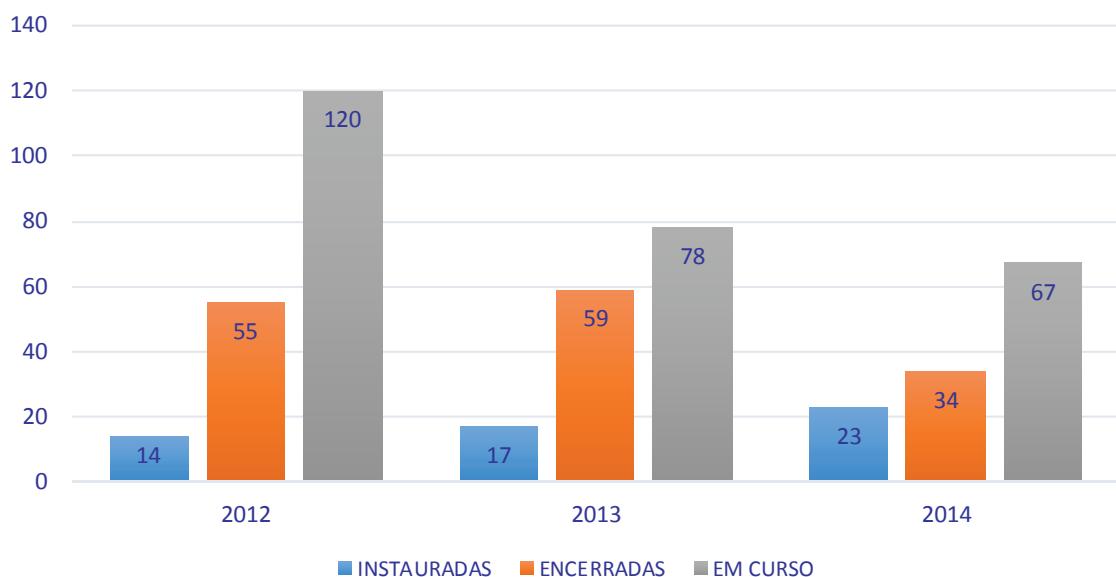
Ocorre quando a Agência verifica a ocorrência de uma ou mais anormalidades administrativas e/ou econômico-financeiras, de natureza grave na operadora. Seu objetivo é evitar o risco à continuidade ou à qualidade do atendimento à saúde dos consumidores.

Liquidiação extrajudicial

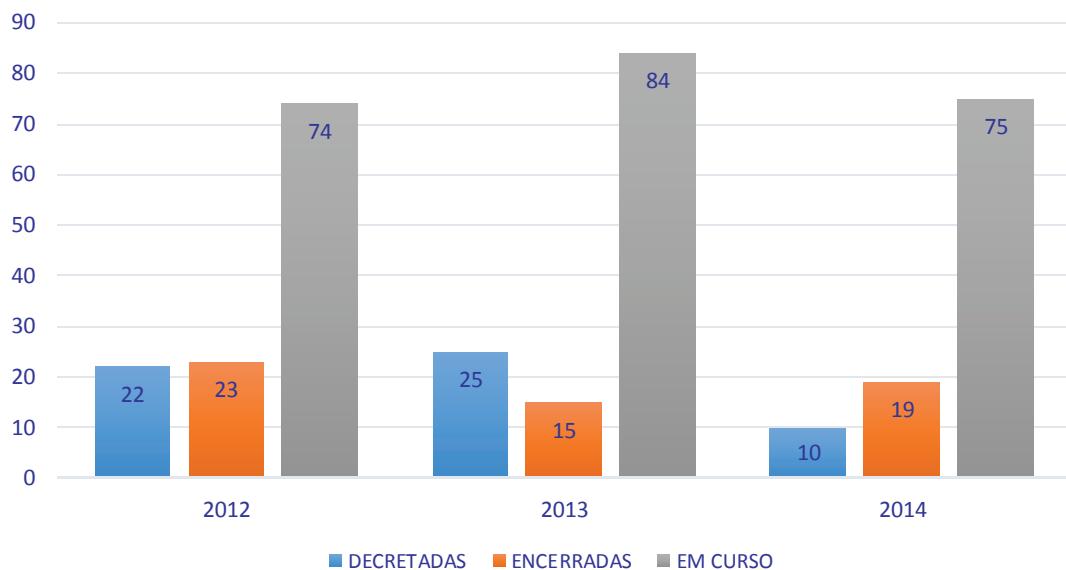
É realizada a dissolução compulsória da operadora, decretada em face da existência, em caráter irreversível, de anormalidades administrativas ou econômico-financeiras graves que inviabilizam a sua continuidade.

Em 2014, a ANS instaurou 23, encerrou 34 e continuou acompanhando 67 Direções Fiscais em operadoras. Decretou a Liquidiação Extrajudicial de 10 operadoras e 75 estavam em andamento ao final de 2014. A seguir, são apresentados gráficos com a evolução das direções fiscais e das liquidações extrajudiciais, de 2012 a 2014.

Evolução das Direções Fiscais (2012-2014)



Evolução das Liquidações Extrajudiciais (2012-2014)



O número de direções fiscais em 2014 diminuiu em razão de uma série de fatores, entre os quais: i) o aperfeiçoamento na indicação e no monitoramento das direções fiscais, implicando maior celeridade na tomada de decisão sobre sua continuidade ou não; ii) o uso de outros instrumentos regulatórios para promover a saída

ordenada do mercado, tais como as decretações de alienação compulsória de carteira e de portabilidade especial, no rito do cancelamento compulsório; iii) o efeito do aperfeiçoamento dos mecanismos de recuperação de operadoras em fase preliminar da direção fiscal, com o advento da RN 307, de 2012, que possibilitou a assinatura de termos de assunção de obrigações econômico-financeiras por parte de operadoras de pequeno e médio portes, com prazo de 24 meses para adequação; e iv) a melhor qualificação do risco das operadoras e seu respectivo encaminhamento por parte da área de responsável pelo monitoramento econômico-financeiro do mercado.

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

1.3 Monitoramento do Risco Assistencial

Apesar dos avanços trazidos pela regulação, observa-se no setor condutas que trazem risco à continuidade e à qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, tais como: o uso excessivo e inadequado dos denominados “mecanismos de regulação”, usados pelas operadoras para restringir o acesso ao procedimento de saúde, a morosidade no tempo de atendimento, a negativa de cobertura dos procedimentos obrigatórios, a desinformação do beneficiário a respeito do produto contratado, relações contratuais conflituosas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde e inadequações no dimensionamento da rede assistencial.

O monitoramento do Risco Assistencial acompanha as informações relacionadas aos planos de saúde das operadoras, que possam indicar risco à qualidade ou à continuidade da assistência aos beneficiários. 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; e 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 do monitoramento 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 Intermediação 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 um e são 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, a ANS adota medidas para solucionar os problemas ou constatar a impossibilidade da permanência da operadora no mercado, por incapacidade de atendimento às exigências regulatórias, 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. Nesse caso, 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 consiste no conjunto de medidas administrativas corretivas, proposto pela operadora, para sanar 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.

Direção Técnica

É um dos três regimes especiais instaurados pela ANS (os outros são direção fiscal e liquidação extrajudicial). 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. As operadoras podem consultar os seus resultados pelo Prontuário de Resultados e pelo Painel de Indicadores do Monitoramento Assistencial, no portal da ANS. Em novembro de 2014, onze operadoras estavam em regime especial de direção técnica.

1.4 IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2014

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos com o objetivo de verificar o desempenho das empresas que atuam no setor. Os resultados do Programa de Qualificação das Operadoras são aferidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Este índice é calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência, com base nos dados extraídos dos sistemas de informação da ANS ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde.

O objetivo é aumentar a transparência do setor, tornando pública a avaliação de desempenho em relação aos aspectos de atenção à saúde, rede assistencial, econômico-financeiro e de satisfação dos beneficiários de cada operadora. O IDSS também permite a comparação entre operadoras semelhantes, estimulando a disseminação de informações e a concorrência no setor. Esta avaliação é anual e retroativa, isto é, em 2014, foram avaliadas operadoras com registro ativo junto à ANS, tendo como base informações relativas ao ano de 2013.

Os indicadores do IDSS são organizados em quatro dimensões:

Atenção à Saúde

Avalia aspectos de acesso e qualidade da atenção, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários.

Econômico-Financeira

Acompanha o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de plano de saúde sob o ponto de vista das condições de liquidez e solvência, avaliando a capacidade de manter-se em dia com suas obrigações financeiras junto a seus prestadores para o atendimento com qualidade e de forma continua a seus beneficiários.

Estrutura e Operação

Afere as condições da oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatórios, laboratórios e centros diagnósticos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde para o atendimento de seus beneficiários. Além disso, avalia o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto a ANS.

Satisfação dos Beneficiários

utiliza as reclamações recebidas pela ANS, indicadores de permanência dos beneficiários, mede a gravidade das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras.

Os resultados dos indicadores são convertidos em pontuação e, para cada uma das quatro Dimensões, é calculado um Índice de Desempenho. As dimensões possuem pesos diferentes para compor o IDSS de cada operadora. O IDSS varia de zero a um (0 a 1), sendo que 40% deste valor é formado pelo Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (IDAS); 20% pelo Índice de Desempenho Econômico-financeiro (IDEF); 20% pelo Índice de Desempenho de Estrutura e Operação (IDEO); e 20% pelo Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários (IDSB).

O resultado do cálculo do IDSS de cada operadora é exibido por meio de uma nota, representada por uma faixa de pontuação. O IDSS é divulgado por operadora, de acordo com o porte e o segmento da empresa, e varia de zero a um. É composto pela média obtida em cada uma das quatro dimensões citadas.

Todos os resultados relativos ao cálculo do IDSS são divulgados, incluindo a pontuação de cada indicador e de suas respectivas dimensões. No portal da ANS, o consumidor pode fazer a pesquisa referente a uma operadora específica ou verificar a lista com os resultados de todas as operadoras avaliadas e comparar os seus desempenhos. A divulgação é realizada anualmente no portal da Agência.

IDSS 2014 – ano base 2013

Todas as operadoras ativas e com beneficiários ao longo dos 12 meses de 2013 foram avaliadas pelo programa – um total de 894 operadoras médico-hospitalares e 343 operadoras exclusivamente odontológicas. As operadoras tiveram conhecimento dos resultados preliminares em julho de 2014 e, assim, a oportunidade de formular questionamentos à ANS. Posteriormente, o resultado foi divulgado no portal da ANS.

Foram analisados 30 indicadores, sendo 16 da dimensão Atenção à Saúde; quatro na dimensão Econômico-Financeira; seis na dimensão Estrutura e Operação; e três na dimensão Satisfação do Beneficiário.

Operadoras médico-hospitalares

No segmento médico-hospitalar, o percentual de operadoras situadas nas duas melhores faixas do IDSS manteve o equilíbrio em relação aos últimos dois anos, dando continuidade à evolução positiva da série histórica. Em relação às duas faixas de pior avaliação, também houve uma estabilização nos últimos três anos.

Distribuição percentual de operadoras médico-hospitalares por faixa de IDSS - Brasil, 2011-2013

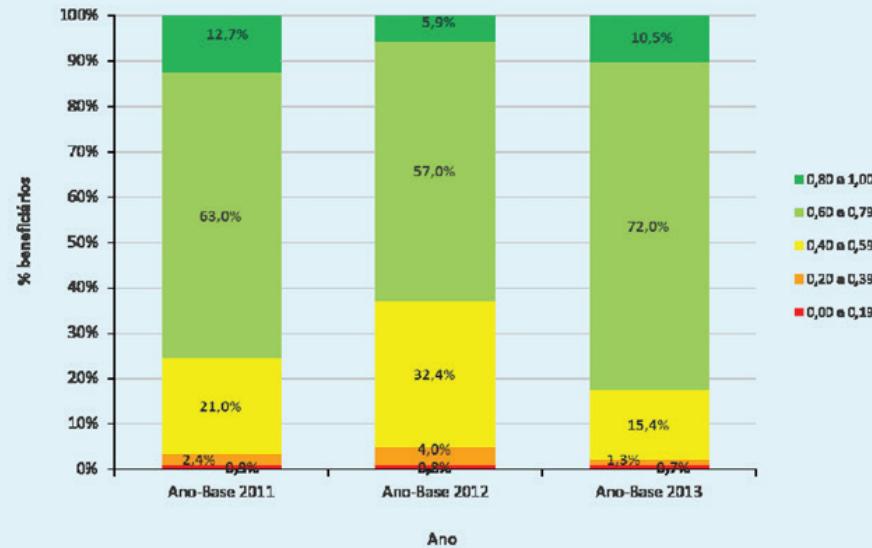
66,7% das operadoras médico-hospitalares obtiveram desempenho bom ou muito bom



Em relação ao percentual de beneficiários de planos médico-hospitalares, houve um aumento do percentual de beneficiários situados nas duas melhores faixas de IDSS, passando de 76%, no ano base 2011, para 83%, no ano base 2013, como mostra o gráfico a seguir. Nas duas piores faixas, observa-se redução de 3% para 2% no período em questão.

Distribuição percentual de beneficiários de planos médico-hospitalares por faixa de IDSS - Brasil, 2011-2013

82,5% dos beneficiários de operadoras médico-hospitalares estão em operadoras com desempenho bom ou muito bom

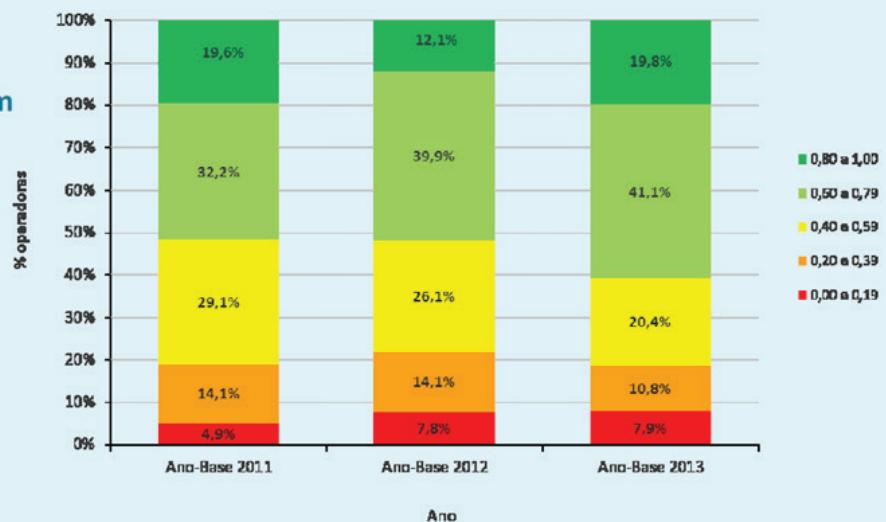


Operadoras exclusivamente odontológicas

Na avaliação das operadoras exclusivamente odontológicas, observa-se que, nas duas melhores faixas de IDSS, o percentual de operadoras evoluiu de 52%, em 2011, para 61%, no ano base 2013, enquanto que, nas duas faixas menores, houve manutenção no patamar de 19%, nos últimos três anos.

Distribuição percentual de operadoras odontológicas por faixa de IDSS Brasil, 2011-2013

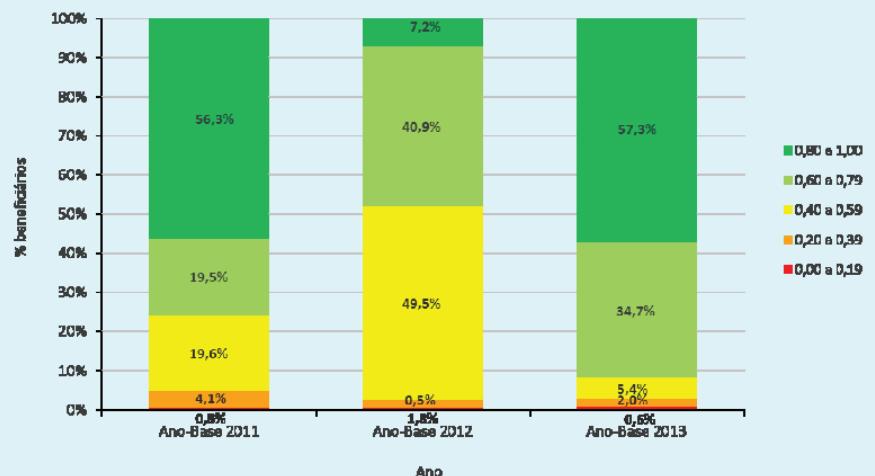
60,9% das operadoras odontológicas obtiveram desempenho bom ou muito bom



O gráfico a seguir explicita a diferença entre o percentual de beneficiários de planos odontológicos por faixa de IDSS nos últimos três anos. Nas duas melhores faixas de IDSS, o percentual de beneficiários aumentou de 76% para 92%. Nas duas piores faixas de avaliação, observa-se redução de 4%, em 2011, para 3%, no ano base 2013.

Distribuição percentual de beneficiários de planos odontológicos por faixa de IDSS - Brasil, 2011-2013

92% dos beneficiários de operadoras odontológicas estão em operadoras com desempenho bom ou muito bom



1.5 A inovação dos Dados Integrados da Qualidade Setorial



Em novembro de 2014, a ANS passou a divulgar em seu portal um painel que reúne diferentes informações relacionadas à qualidade das operadoras de planos de saúde e dos serviços que elas prestam, com a finalidade de oferecer cada vez mais subsídios para o fortalecimento da capacidade de escolha do consumidor.

As informações divulgadas na forma de um painel das operadoras são: IDSS; proporção de beneficiários que possuem um ou mais hospitais acreditados em seu plano de saúde; proporção de hospitais acreditados na rede da operadora; quantidade de planos coletivos e individuais ativos (em comercialização) e proporção de beneficiários em planos individuais e coletivos ativos (em comercialização); situação da operadora no Programa de Conformidade Regulatória; situação em relação à adimplência ao Ressarcimento ao SUS; e operadoras com certificado de Acreditação. Os dados estão disponíveis em formatos de fácil acesso.

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.

O objetivo é disseminar os dados assistenciais dos prestadores de serviços para os beneficiários visando a: o aumento da capacidade de escolha dos consumidores; o fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho dos prestadores de serviços; e a uma melhor qualificação das redes assistenciais das operadoras.

Os indicadores foram definidos pela ANS em conjunto com o Comitê Gestor do Programa QUALISS, composto por representantes dos prestadores de serviços de saúde, dos consumidores, das operadoras, de instituições de ensino e pesquisa, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Ministério da Saúde. Em um segundo momento, o Comitê Gestor foi substituído pelo Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ).

Em cada módulo de prestadores de serviços de saúde são definidos indicadores para períodos de avaliação de dois anos e, em cada período de avaliação, são definidos indicadores essenciais e indicadores recomendáveis. Os primeiros devem ser reportados obrigatoriamente por todos os participantes; e os segundos podem ser reportados opcionalmente pelos participantes que desejarem, recebendo um bônus na pontuação final, nesse caso. A participação dos prestadores de serviços de saúde é voluntária, exceto no caso dos que compõem a rede própria de operadoras, de participação obrigatória a partir de 2013.

Os indicadores são classificados quanto à relevância em: i) essenciais, reportados obrigatoriamente por todos os participantes; ii) recomendáveis, reportados opcionalmente pelos participantes; e iii) descontinuado, de suspensão da utilização no QUALISS.

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 guias da rede de prestadores e nos portais das operadoras. Esta iniciativa faz parte do QUALISS DIVULGAÇÃO, apresentado na seção a seguir.

2. FOCO NO ACESSO E NA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Os principais avanços do ano de 2014, quanto ao acesso e qualidade assistencial, foram: a definição de regras para a remoção de beneficiários de planos de saúde; a revisão e ampliação do rol de procedimentos e eventos em saúde, com a obrigatoriedade de inclusão dos medicamentos orais para o tratamento de câncer; a divulgação dos atributos de qualificação de profissionais e estabelecimentos de saúde; o incremento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; e as ações de estímulo ao parto normal, realizadas pela ANS.

2.1 Regras para a remoção de pacientes de planos de saúde com cobertura hospitalar

Em 2014, com a publicação da Resolução Normativa nº 347, a ANS aperfeiçoou as regras para a obrigatoriedade de cobertura para a remoção de beneficiários de planos de saúde com segmentação hospitalar que já tenham cumprido o período de carência. Até então, a legislação determinava que a remoção deveria ser feita quando comprovadamente necessária, sem especificar as regras para isso. A nova norma beneficiou mais de 40 milhões de consumidores de planos de assistência médica com cobertura hospitalar.

A medida abrange tanto a transferência dos pacientes dentro da própria rede credenciada pelo seu plano de saúde, como remoções de pacientes que estão na rede pública e desejam ser atendidos na rede credenciada pelo seu plano de saúde. A RN nº 347, de 2014, visa a garantir de forma ampla o direito dos beneficiários de planos de saúde, definindo a obrigação direta das operadoras em assegurar a remoção dos pacientes que possuem plano com cobertura hospitalar.

Para que seja realizada a remoção do paciente com plano de saúde para a rede de sua operadora, deve haver autorização do médico assistente. Além disso, é necessária a autorização do responsável pelo paciente ou dele próprio.

A REMOÇÃO DE PACIENTES PELAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE É OBRIGATÓRIA QUANDO:

1

O paciente estiver **DENTRO** da área de atuação do seu plano de saúde:

- Se estiver em hospital do SUS ou
- Se estiver em hospital privado que não pertence ao seu plano de saúde

2

O paciente estiver **FORA** da área de atuação do seu plano de saúde:

- Se estiver em hospital do SUS ou em hospital privado, desde que o incidente tenha ocorrido **DENTRO** da área de atuação do seu plano de saúde em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestadores

3

O paciente estiver em hospital que pertence ao seu plano:

- Se não houver condições de atendimento naquele hospital ou
- Em casos específicos previstos em contrato

4

O paciente estiver em local que não é hospital ou serviço de pronto atendimento, como clínica ou consultório

- Se o incidente tiver ocorrido **DENTRO** da área de atuação do seu plano de saúde e se não houver serviços disponíveis no local onde o paciente foi atendido

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

Desde 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 atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde faz parte de um processo contínuo e periódico realizado pela ANS. Os procedimentos são revistos a cada dois anos, para garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças, através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde, e em conformidade 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 do Governo Federal, operadoras, profissionais da área de saúde e hospitais. 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% foram de consumidores, 16% de representantes de operadoras e 16% de prestadores de serviços de saúde e gestores em saúde.

A RN nº 338, 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, de 1998.

Medicamento oral para câncer

O rol de procedimentos incluiu 37 medicamentos via oral para o tratamento do câncer em casa. São obrigatórios os medicamentos para o tratamento de tumores de grande prevalência entre a população, como os de estômago, fígado, intestino, rim, testículo, mama, útero e ovário. A terapia medicamentosa oral contra o câncer traz mais 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 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 com profissionais de psicologia.

Foram incluídas 28 cirurgias por videolaparoscopia, além de tratamento de dores crônicas nas costas utilizando radiofrequência e tratamento de tumores neuroendócrinos por medicina nuclear. Além de inclusões, a ANS ampliou o uso de outros 44 procedimentos já obrigatórios.

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).

Bolsas coletoras intestinais ou urinárias para pacientes ostomizados

A obrigatoriedade do fornecimento de bolsas coletoras intestinais ou urinárias para pacientes ostomizados, ou seja, 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.

Medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes

A Lei nº 12.880, de 2013, incluiu entre as coberturas obrigatórias dos planos de assistência médica os tratamentos antineoplásicos de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes. Passaram a ser ofertados medicamentos para o tratamento de tumores de grande prevalência entre a população, como estômago, fígado, intestino, rim, testículo, mama, útero e ovário.

Em 12 de maio de 2014, entrou em vigor a Resolução Normativa nº 349, que regulamenta a Lei nº 12.880, de 2013, estabelecendo para as operadoras a obrigatoriedade de fornecimento aos pacientes com câncer de medicamentos para controle dos efeitos colaterais e adjuvantes relacionados ao tratamento quimioterápico oral ou venoso. Dessa forma, o tratamento oral para efeitos colaterais, que já era feito em hospitais e clínicas, pode ser feito em casa. A medida propicia maior conforto ao paciente e reduz os casos de internação para tratamento em clínicas ou hospitais.

A distribuição dos medicamentos para efeitos colaterais segue o mesmo modelo da medicação oral para o câncer, ou seja, fica a cargo de cada operadora de plano de saúde. Desta forma, poderá ser de modo centralizado pela operadora e distribuído diretamente ao paciente; ou o medicamento pode ser comprado em farmácia conveniada; ou, ainda, pode ser comprado pelo paciente com posterior resarcimento (reembolso do consumidor).

Criação do COSAÚDE para discussão permanente de incorporações de tratamentos

O Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – COSAÚDE foi instituído pela Instrução Normativa nº 44, de 2014, para análise das questões pertinente à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. O grupo é formado por representantes da Câmara de Saúde Suplementar – representantes das sociedades médicas e de profissionais de saúde, das operadoras, de órgãos de defesa do consumidor e do Ministério da Saúde.

Questões afetas ao Rol de Procedimentos comumente ensejam debates com espectro regulatório mais amplo. No âmbito deste comitê, além das questões relativas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, são também discutidos temas relacionados à atenção à saúde.

2.3 Qualificação de profissionais e estabelecimentos de saúde – QUALISS DIVULGAÇÃO

Desde março de 2014, as operadoras ficaram obrigadas a incluir, em todo o material de divulgação da rede assistencial (portal, internet, livreto ou outra forma de divulgação), as informações referentes aos atributos de qualificação dos profissionais e estabelecimentos de saúde que fazem parte de sua rede assistencial.

O objetivo do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS DIVULGAÇÃO - é aumentar a capacidade de avaliação e escolha, por parte dos beneficiários, 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. Se um médico possui especialização ou se um hospital possui certificado de Acreditação, por exemplo, o livro de convênio e a página da operadora na internet deverão ter o ícone relativo a esses atributos nas listas de sua rede prestadora de serviços de saúde.

A forma de divulgação dos atributos é padronizada pela ANS para cada tipo de prestador. No portal da ANS, está disponível o manual de 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 de 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 horas reconhecida pelo MEC, exceto médicos; e iv) título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria.

A responsabilidade de conferir a veracidade e a procedência das informações fornecidas por seus prestadores de serviços de saúde antes da divulgação em seus canais é das operadoras. A divulgação da rede assistencial deve seguir a padronização estabelecida pela ANS por meio de ícones dos atributos, como por exemplo:



Prestadores de serviços hospitalares acreditados pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)



Prestadores de serviços hospitalares acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA)



Prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais acreditados pelo Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC), certificado concedido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SPBC/ML)



Prestadores de serviços hospitalares e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais participantes no Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar



Profissional com residência

Profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultório com Residência

Exemplo de padronização em meio digital (portais das operadoras):

Busca de Rede Credenciada

Buscar **Buscar**

Resultado da busca

João Maria da Silva (CRM 0100) Especilidade(s): Clínica Médica Tel: (00)0000-0000 Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000	
José João da Silva (CRM 0100) Especilidade(s): Clínica Médica Tel: (00)0000-0000 Rua de Exemplo s/n - Bairro - Cidade de Exemplo - Estado - CEP:21000-000	

Exemplo de padronização em versão impressa:

João Maria da Silva (CRM 0100)



Especilidade(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)

Especilidade(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)



Especilidade(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)

Especilidade(s): Psiquiatria

Tel: (00)0000-0000

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

2.4 Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças – PROMOPREV

Um programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças é um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade; e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Desde 2005, a ANS cria incentivos para as operadoras valorizarem as ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos como uma estratégia de sustentabilidade. Com a mudança do perfil de morbidade e mortalidade da população; a transição demográfica, epidemiológica e nutricional; o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção, torna-se de extrema relevância o desenvolvimento desses programas no setor de saúde suplementar. A fim de promover essa mudança, a ANS formulou políticas de regulação indutoras, como o programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Em novembro de 2014, 1.234 programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças estavam cadastrados, abrangendo uma população de cerca de 1,6 milhão de beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

A ANS elenca nove áreas de cuidado em saúde, seguindo as prioridades do Ministério da Saúde para a população brasileira. São elas: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do homem, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde mental, saúde bucal e portadores de necessidades especiais.

São três as modelagens de programas na saúde suplementar: gerenciamento de crônicos; população alvo específica; e envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, a seguir definidas.

- Gerenciamento de Crônicos contempla estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas e com alto risco assistencial; considera-se a gravidade da doença, o histórico de recorrências e o perfil de utilização (de procedimentos, internações, etc).
- População Alvo Específica reúne estratégias orientadas para um grupo de indivíduos com características específicas em comum (exemplo: ciclo de vida, faixa etária, sexo, patologia/fatores de risco específicos, região geográfica); bem como na abordagem de indivíduos saudáveis, indivíduos já portadores de doenças, ou apenas com presença de fatores de risco ou vulnerabilidades. Tem foco em ações para interferir favoravelmente na história natural da doença; agir oportunamente na detecção e prevenção das doenças e promover ações de prevenção secundária e de limitação de danos em indivíduos doentes.
- Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida é um programa aplicável para todos os beneficiários de um plano. Contempla estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos: ações direcionadas para que os indivíduos vivam mais e melhor; bem como linhas de atenção aplicáveis a indivíduos de todas as faixas etárias, desde as idades mais precoces até as mais avançadas.

Quando o programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças é aprovado pela ANS, a operadora tem benefícios regulatórios associados, a exemplo da possibilidade de registrar contabilmente as despesas com programas para promoção da saúde e prevenção de doenças em conta específica, conforme o Plano de Contas Padrão da ANS; a operadora é contemplada ainda com incentivos, como a divulgação periódica no portal da ANS da lista das operadoras com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados. Há um bônus também no Monitoramento Assistencial (operadoras com programas aprovados e/ou operadoras que ofereçam bonificação para os beneficiários), assim como recebimento de pontuação bônus no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

Localização de médicos, hospitais e laboratórios
Acreditação de Operadoras
Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças
Índice de Reclamações
Monitoramento de Garantia de Atendimento
Programa de Qualificação de Operadoras
Dados Integrados da Qualidade Setorial
D-TISS - Painel Gerencial de Procedimentos

Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno que vem ocorrendo rapidamente nas últimas décadas, provocando mudanças na vida das pessoas, principalmente com relação à saúde. O estímulo a hábitos saudáveis é uma das melhores soluções para manter a qualidade de vida dos idosos e reduzir ao máximo o período de morbidade, em que as doenças são mais intensas.

O desenvolvimento de programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.

Classificação dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

✓ Programas Aprovados:

Os programas aprovados pela ANS são analisados pela Agência de acordo com critérios pré-estabelecidos. Esta aprovação proporciona benefícios para as operadoras.

📝 Programas Cadastrados:

Os programas cadastrados pela ANS não passam por esta aprovação da Agência, que não é obrigatória.

Busca de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

CNPJ ou Razão Social ou Registro da ANS:

|

Nome do Programa de Promoção à Saúde:

Encontros Regionais sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

Em 2014, a Agência promoveu encontros regionais sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar em Recife, Campinas, Belo Horizonte e Brasília. O objetivo foi reunir representantes de operadoras desses estados para debater o papel da promoção de saúde e da prevenção de riscos e doenças no setor de planos de saúde e os desafios na implementação de programas pelas operadoras.

2.5 Incentivo ao Parto normal

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice razoável de cesáreas é de 15% dos nascimentos. No Brasil, 55,6% dos 2,9 milhões de partos realizados anualmente são cirúrgicos. Na saúde suplementar, essa proporção é ainda maior: 84,6% dos partos foram cesáreos em 2012.

Para mudar essa realidade e favorecer a saúde de mães e bebês, é preciso transformar o modelo de atenção a parto e nascimento no país, tarefa que requer uma intervenção complexa, que deve ser testada antes de ser transformada em política pública.

Por isso, a ANS, o Hospital Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, estão desenvolvendo o Projeto Parto Adequado. O objetivo é promover o parto normal, qualificar os serviços da saúde suplementar e induzir à redução de cesáreas desnecessárias.

Em experiência já realizada no Brasil, a aplicação da metodologia do IHI obteve resultados positivos: o percentual

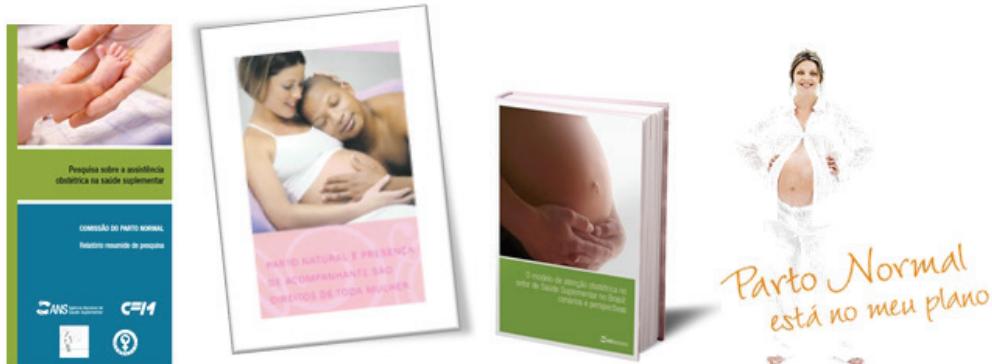
de partos normais mais do que dobrou, as admissões em UTI neonatal caíram e houve melhoria da remuneração dos profissionais que contribuíram para aumentar a eficiência dos serviços.

Os resultados desse tipo de intervenção serão observados em médio e longo prazos e as mudanças devem ser introduzidas gradativamente, de modo a permitir aperfeiçoamento antes de serem adotadas em larga escala.

Desde 2004, a ANS tem promovido uma série de iniciativas para incentivar o setor de saúde suplementar a ampliar as ações de promoção da saúde e a melhoria da assistência ao parto. Um dos destaques foi a criação, em 2007, de um indicador no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar com melhor pontuação para as operadoras com menor proporção de parto cesáreo. As notas são publicadas no portal da ANS e apresentadas anualmente à imprensa.

A Agência também elaborou materiais educativos e promoveu a disseminação de experiências bem-sucedidas para redução de cesarianas e melhor assistência materno-neonatal. Em 2008, lançou o movimento “Parto Normal está no meu Plano” e no mesmo ano incluiu no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde a cobertura para parto acompanhado por enfermeira obstétrica e acompanhante – sem cobranças adicionais – durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

A ANS participa também de grupos técnicos sobre o tema, a exemplo da Comissão de Parto Normal do Conselho Federal de Medicina (CFM), no período de 2010 e 2011; do Grupo de Incentivo ao Parto Normal pela Rede Cegonha; e do Grupo Técnico da ANVISA que elaborou regulamento para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, desde 2011.



Acordo de Cooperação Técnica com o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI)

A ANS também propôs ações para a mudança do modelo de atenção ao parto, com a elaboração, implantação e coordenação de projeto-piloto baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein, o Ministério da Saúde e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). A Agência promoveu ainda o incentivo para habilitação de hospitais privados à iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, que estimula as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O Acordo de Cooperação Técnica, com duração de três anos, firmado em outubro de 2014 com o Hospital Israelita Albert Einstein e o IHI, em São Paulo, tem como objetivo induzir a redução de cesáreas desnecessárias no país. Com o acordo coordenado pela ANS, será utilizada a metodologia desenvolvida pelo instituto americano IHI, que se baseia em três aspectos principais: melhorar a saúde de indivíduos e populações, melhorar a experiência, bem como a eficiência no cuidado com a saúde.

A estratégia consiste no desenvolvimento de novos modelos assistenciais a partir do conhecimento científico existente, mas customizados à realidade dos serviços de saúde. Profissionais e gestores de saúde trabalharão em conjunto com equipes do IHI, do Hospital Israelita Albert Einstein e da ANS. Três áreas são prioritárias: Atenção ao Parto e Nascimento, Atenção Primária e a Rede de Atenção à Saúde do Idoso.

O projeto de Atenção ao Parto e Nascimento tem início imediato e a implementação pelo Hospital Albert Einstein ocorreu em fevereiro de 2015. É prevista a adoção de um modelo que prioriza a organização dos serviços, com foco em ações que reduzem as cesarianas desnecessárias e incentivem o parto normal. Entre as ações que poderão ser testadas, destacam-se, por exemplo, a assistência ao parto por equipes compostas por médicos e enfermeiros obstetras, a utilização de recursos para alívio da dor, o estímulo à presença de acompanhante e ao uso de protocolos baseados em evidência científica.

O projeto tem previsão de entrega dos resultados no final de 2017. A partir daí, o modelo deverá ficar disponível para ser adotado por qualquer estabelecimento de saúde que se interessar pela iniciativa. Também serão formuladas campanhas de informação e conscientização para profissionais da área de saúde e para beneficiários de planos de saúde.

Consulta Pública visando à redução de cesarianas desnecessárias no setor



Entre outubro e novembro de 2014, a ANS publicou consulta pública para duas propostas de Resoluções Normativas visando à redução de cesarianas desnecessárias entre beneficiárias de planos de saúde. As propostas tinham por objetivo oferecer às mulheres gestantes e parturientes melhores práticas na atenção à saúde. Entre as medidas sugeridas pela Agência, estava a ampliação do acesso à informação pelas beneficiárias, que poderão solicitar as taxas de cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico – independentemente de estarem grávidas ou não.

A Consulta Pública nº 55 propôs regulamentar o direito de acesso à informação das beneficiárias às taxas de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. Já a Consulta Pública 56, tratou sobre a obrigatoriedade da utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

As duas Consultas Públicas resultaram na RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015, que entrou em vigor em 06 de julho de 2015, dispondo sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.



Novas regras sobre parto

ANS quer disseminação de informações para reduzir cesarianas desnecessárias

2.6 Taxa de disponibilidade para acompanhamento de parto é ilegal

A chamada “Taxa de Disponibilidade”, cobrada para garantir que o médico que atendeu à grávida durante os meses de gestação seja o responsável pelo parto, estava se tornando rotina nos partos de beneficiárias de planos de saúde.



Em junho de 2014, a Agência divulgou amplamente que cobranças feitas aos beneficiários de plano de saúde pelos prestadores de serviços, como a taxa de disponibilidade, são consideradas ilegais. Os consumidores têm, conforme a segmentação contratada, cobertura garantida pelas operadoras para todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Assim, uma consumidora de plano hospitalar com obstetrícia tem, por exemplo, o direito garantido de que o parto, normal ou por cesárea, está no seu plano e os honorários médicos serão em sua totalidade cobertos pela operadora. Qualquer taxa cobrada pelo obstetra à gestante é ilegal e deve ser denunciada à ANS. Também o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) e o PROCON-SP se manifestaram contrários à cobrança da taxa de disponibilidade, orientando os consumidores a procurarem o Poder Judiciário no caso de ocorrer a cobrança.

2.7 Acordo de Cooperação Técnica - Atenção Básica e Atenção ao Idoso

O Acordo de Cooperação Técnica firmado entre a ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein e o IHI, tem a coordenação da Agência e utilizará, como já mencionado, metodologia desenvolvida pelo instituto americano IHI, que se baseia em três aspectos principais: melhorar a saúde de indivíduos e populações, melhorar a experiência, bem como a eficiência no cuidado com a saúde. A estratégia consiste no desenvolvimento de novos modelos assistenciais, a partir do conhecimento científico existente, mas customizados à realidade dos serviços de saúde.

O Acordo tem três áreas de atenção prioritárias: a Atenção ao Parto e Nascimento, a Atenção Primária e a Rede de Atenção à Saúde do Idoso. A primeira, abordada anteriormente, prevê a adoção de modelo que prioriza a organização dos serviços, com foco em ações que reduzam as cesarianas desnecessárias e incentivem o parto normal.

Na área de Atenção Primária, base para o funcionamento das redes de atenção à saúde, a reorganização de modelo utilizando a metodologia do IHI também apresentou bons resultados em recente experiência no setor de saúde suplementar. O percentual de mulheres que realizaram o exame preventivo de câncer papanicolau aumentou de 20% para 53% entre as pacientes elegíveis para realiza-lo; o percentual de mulheres que realizaram mamografia cresceu de 15% para 85% das elegíveis; o cuidado primário considerado perfeito para pacientes diabéticos passou de 0% para 50% da população beneficiária elegível, enquanto os custos tiveram redução de 50%.

O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis exigem a estruturação e a reorganização da rede de prestação dos serviços com o objetivo de melhorar a gestão do cuidado e planejar o tratamento com base nas necessidades e nos riscos apresentados pelo paciente.

O objetivo do acordo de cooperação é que seja oferecido cuidado integral e contínuo, facilitando o acompanhamento adequado da evolução do tratamento, o acesso do paciente ao atendimento em tempo, lugar, custo e qualidade adequados. Entre as medidas que deverão ser adotadas com a ação das Redes de atenção à Saúde do Idoso estão as seguintes: definição de um médico responsável pela gestão do cuidado; integração entre consultório, laboratórios e hospital; e suporte de equipe multidisciplinar.

2.8 2ª edição do Laboratório de Inovação em Saúde Suplementar



Laboratório de Inovações Assistenciais na Saúde Suplementar

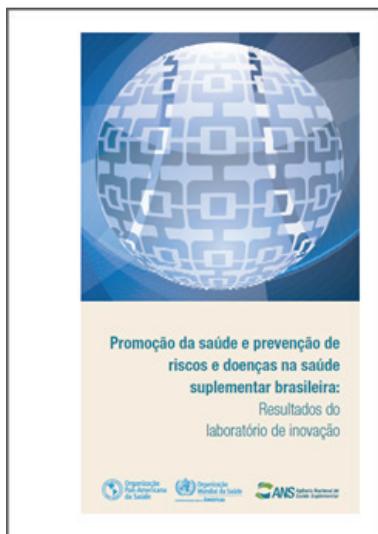
No âmbito da cooperação técnica entre a Organização Pan-Americana de Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS Brasil) e a ANS, foi desenvolvida parceria para tratar de assuntos relevantes no campo assistencial da saúde suplementar.

Dessa parceria, surgiu o Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, lançado em 2012, com o objetivo de identificar e valorizar experiências exitosas e inovadoras neste setor.

Em maio de 2014, a ANS e a OPAS/OMS Brasil apresentaram os resultados de ações de promoção e prevenção na saúde suplementar da primeira fase do Laboratório de Inovação. Nessa ocasião, foi lançada a segunda fase, com foco na identificação, sistematização e divulgação de experiências na saúde suplementar que sejam inovadoras, recentes e concretas, para subsidiar soluções, instrumentos e práticas bem sucedidas na promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Outra atividade do Laboratório é a integração entre as áreas assistencial e ocupacional, favorecendo a troca de conhecimento entre empresas e o setor privado da saúde.

Também no âmbito do Laboratório de Inovação Assistencial na Saúde Suplementar, a ANS, em parceria com OPAS/OMS Brasil, elaborou a tradução e a adaptação para a cultura brasileira de um importante 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.



No encontro foi lançado o livro “Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar Brasileira: Resultados do Laboratório de inovação”, publicação elaborada pela ANS em parceria com a Organização Pan-Americana da saúde (OPAS); bem como o novo espaço Você saudável, disponível no portal da ANS e na página do laboratório de Inovação, que visa incentivar por meio da informação a mudança de hábitos para melhoria na qualidade do cidadão.

2.9 Espaço Você Saudável: ampliação do conteúdo

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 OPAS, a nova área traz vídeos, links e aplicativos, 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.

Em 2014, a ANS ampliou as informações sobre saúde, prevenção, bem-estar e qualidade de vida e sobre prevenção e controle do uso de álcool e drogas, dicas de especialistas sobre alimentação, atividade física, fatores de risco e envelhecimento saudável. É possível consultar ainda, na área denominada “Troca de Experiências”, os principais materiais produzidos pelas operadoras de planos de saúde relacionados às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. O portal conta com o intercâmbio de informações com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Outra parceria é com a Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV).

2.10 Programa de Acreditação de operadoras de planos de saúde.

A acreditação de operadoras tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

O Programa consiste em 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 INMETRO e homologados pela ANS serão reconhecidos como entidades acreditadoras e serão os responsáveis pela condução da Acreditação nas operadoras.

Atualmente, três entidades acreditadoras foram homologadas pela ANS e seis operadoras obtiveram o certificado de acreditação.

2.11 Câmara Técnica de Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes

A operadora de plano de assistência à saúde está obrigada a dar cobertura a todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de acordo com a segmentação contratada, desde que cumpridos os prazos de carência.

No momento da adesão ao plano de saúde, o beneficiário ou seu representante legal deve informar à operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual, ser portador ou sofredor de doenças e lesões pré-existentes (DLP), sob pena de caracterização de fraude, caso em que está sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato. Esta Declaração deve ser preenchida durante uma Entrevista Qualificada, realizada e paga pela operadora, executada por médico credenciado e/ou referenciado pela operadora, antes ou por ocasião da contratação do plano, para o correto preenchimento da declaração de saúde.

Na declaração são informadas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde e para esclarecer sobre questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. A entrevista qualificada também pode ser realizada por médico da escolha do beneficiário, que nesse caso arcará com a remuneração do profissional. A partir da declaração de conhecimento de doença ou lesão pré-existente, é definida uma Cobertura Parcial Temporária (CPT), que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, contados a partir da data de contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Identificada uma suposta fraude por parte de beneficiário na declaração de saúde, as operadoras não podem suspender a cobertura nem rescindir unilateralmente o contrato sem que haja a expressa manifestação da ANS, após análise das alegações.

No monitoramento dessas ocorrências, a Agência vem detectando muitos problemas de interpretação da norma, razão pela qual, em 2014, instalou uma Câmara Técnica para, junto com os representantes do setor, identificar e debater questões que necessitam de análise e definição. O objetivo é aperfeiçoar a Resolução Normativa nº 162, de 2007, que estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde; e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário no âmbito da ANS. A Câmara se reuniu por quatro vezes em 2014.

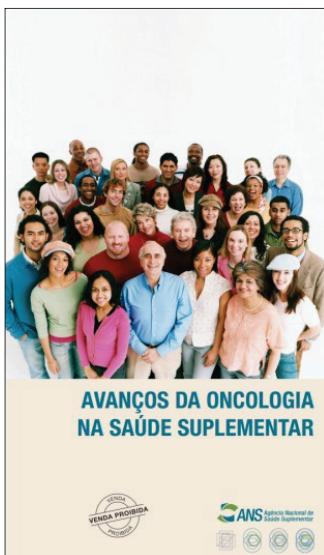
2.12 Câmara Técnica para Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde

A ANS tomou conhecimento de que o consumidor encontra dificuldades quando solicita o cancelamento de plano de saúde individual ou familiar ou a exclusão de planos coletivos por meio do Ministério Público Federal –

Procuradoria da República no Estado do RJ - Ofício PR/RJ/CG/Nº 11423/2014. Atualmente, esse procedimento não possui regulamentação específica.

Em dezembro de 2014, a Agência instaurou Câmara Técnica sobre regulamentação do pedido de cancelamento ou exclusão de beneficiários de planos de saúde. O objetivo da Agência é estabelecer normas para a solicitação de desligamento do plano de saúde, quando efetuada pelo beneficiário. A Câmara está em andamento.

2.13 Livro Avanços da Oncologia na Saúde Suplementar



Em novembro de 2014, a Agência lançou o livro *Avanços da Oncologia na Saúde Suplementar*, produzido pelos técnicos da ANS, que descreve como o envelhecimento e a melhoria das condições de vida da população refletem no aumento dos casos de câncer e, consequentemente, na evolução das pesquisas e novas tecnologias para tratar a doença.

2.14 Campanha combate ao sedentarismo

ANS incentiva operadoras no combate ao sedentarismo

Objetivo é chamar a atenção para a situação da inatividade física como fator de risco para diversas doenças que podem ser evitadas.

A ANS divulgou campanha de incentivo às operadoras de planos de saúde a promoverem, no dia 7 de dezembro de 2014, encontro junto aos seus beneficiários para mobilização contra o sedentarismo.

O objetivo é chamar a atenção para a situação da inatividade física como fator de risco para diversas doenças que podem ser evitadas com hábitos mais saudáveis e destacar alguns motivos para praticar atividades físicas.

3. SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Em 2014, entre as medidas tomadas pela ANS destacam-se: a regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014, com obrigações relativas à substituição de rede prestadora, comunicação ao beneficiário e regras de reajuste nos contratos entre operadores e prestadores; a primeira Audiência Pública da ANS sobre boas práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde; e os estudos sobre a implantação dos princípios de Governança Corporativa no setor.

3.1 Regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014 - obrigatoriedade de substituir os prestadores de serviços de saúde descredenciados; de comunicar previamente ao beneficiário o descredenciamento; e obrigatoriedade de inclusão de regras de reajuste nos contratos entre prestadores de serviços de saúde e operadoras.

A ANS divulgou, em dezembro de 2014, novas regras para os contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços em todo o país. Os consumidores terão mais garantia sobre a rede contratada, já que as substituições de prestadores descredenciados serão obrigatórias e comunicadas previamente. A agência publicou três Resoluções Normativas e uma Instrução Normativa, que regulamentam e detalham como deverá ser seguida na prática a Lei 13.003, de junho de 2014. A lei e sua regulamentação entraram em vigor em 22 de dezembro de 2014.

RN nº 363, de 2014 - dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde.

RN nº 364, de 2014 - dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.

RN nº 365, de 2014 - dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

IN nº 56, de 2014 – regulamenta a RN nº 365, de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no portal corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A regulamentação da Lei reforça a obrigatoriedade de contratos por escrito entre as operadoras e os prestadores, com detalhamento de obrigações e responsabilidades específicas. Foi debatida por seis meses pelo setor em uma audiência pública e quatro reuniões de câmara técnica promovidas pela ANS. Entidades representativas das operadoras, profissionais de saúde, além do Ministério Público, Ministério da Fazenda e outros órgãos do governo federal, além de órgãos de defesa do consumidor tiveram a oportunidade de participar ativamente com contribuições para a regulamentação.

Novas regras para contratos

Os contratos deverão estabelecer cláusulas claras sobre o objetivo e a natureza específicos dos serviços, conter a definição de valores e de prazos para faturamento dos pagamentos. Outro item importante é a definição da periodicidade dos reajustes aos prestadores de serviços, que deverão ser anuais.

Conforme a nova lei, a ANS passa a ter a atribuição de estabelecer um índice de reajuste em casos específicos, quando não houver consenso entre as operadoras e prestadores sobre os índices de correção aos serviços contratados. O índice estabelecido pela Agência será o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). O IPCA aplicado deve corresponder ao valor acumulado nos 12 meses anteriores à data do aniversário do contrato, considerando a última divulgação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em dois anos, começa a ser aplicado ao reajuste definido pela ANS o Fator de Qualidade, que trará uma nova lógica para os reajustes, a qual será elaborada em conjunto com os respectivos conselhos para os profissionais de saúde e entidades acreditadoras para clínicas e hospitais. As operadoras de planos de saúde e os prestadores que têm contratos em vigência terão 12 meses para fazer os ajustes contratuais necessários.

Substituição de prestadores de serviços

Cada prestador de serviço descredenciado deverá ser substituído por outro equivalente. Até então, a obrigatoriedade prevista na Lei nº 9.656, de 1998, valia somente para os serviços hospitalares. Foi definida também a exigência de que as operadoras comuniquem aos consumidores sobre todas as substituições de prestadores de serviços não hospitalares – como clínicas, profissionais de saúde, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios. Essa comunicação deve ocorrer com 30 dias de antecedência, no mínimo.

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

Proposta de normativo para boas práticas no relacionamento entre operadoras e profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios foi aberta para contribuições, pela Consulta Pública nº 54, e discutida na primeira Audiência Pública realizada pela ANS.

A minuta da Resolução Normativa foi submetida à Câmara Técnica, Audiência Pública e Consulta Pública, a qual recebeu mais de mil contribuições. No entanto, as contribuições recebidas na Consulta Pública evidenciam a necessidade de mais discussões sobre o tema, pois foram poucas as propostas consideradas relevantes.

Dessa forma, a ANS definiu que os indicadores e ações relativos às boas práticas serão estabelecidos somente após mais estudos e pesquisas no âmbito de um Comitê Técnico.

3.3 Estudos sobre a implantação dos princípios de Governança Corporativa no setor.

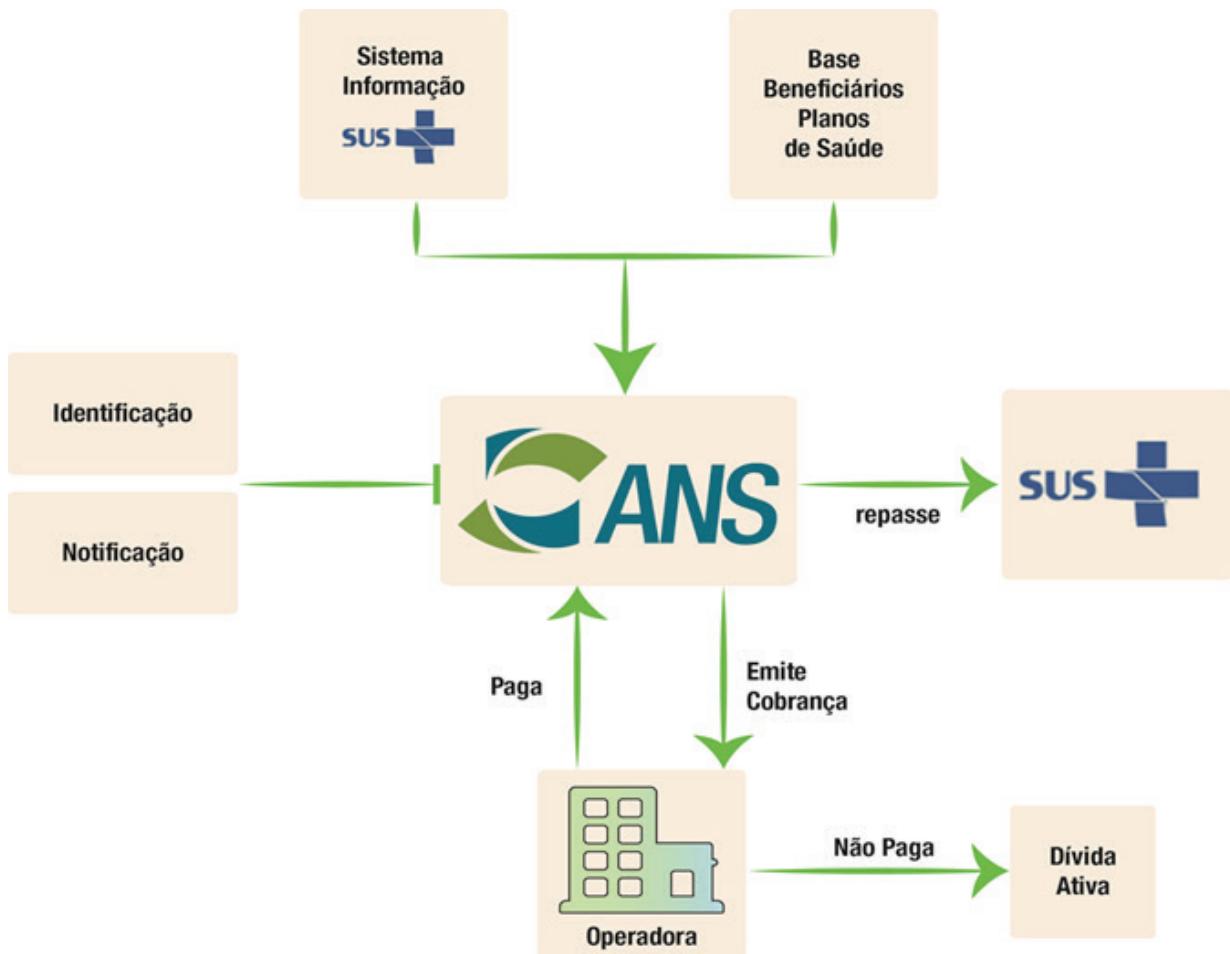
Em 2014, foi aprovado acordo de cooperação técnica entre a ANS e o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) e constituído Grupo Técnico com representantes das operadoras para discussões quanto à implementação das boas práticas de governança corporativa no mercado de planos privados de saúde. O acordo prevê realização de eventos acadêmicos/científicos, palestras e outros projetos de interesse comum. O grupo Técnico deverá concluir cronograma de aderência às boas práticas de governança corporativa para os diversos segmentos do mercado, definir critérios de avaliação da convergência das operadoras aos patamares mínimos estabelecidos e desenvolver estudos quanto à concessão de incentivos regulatórios às operadoras que atingirem os padrões a serem definidos em normativo pela ANS.

4. FOCO NA INTEGRAÇÃO COM O SUS

As principais conquistas de 2014 nesta área se relacionam ao incremento dos valores resarcidos pelas operadoras ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à implementação da atribuição do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para os beneficiários de planos de saúde.

4.1 Ressarcimento ao SUS

De acordo com o artigo 32 da Lei nº 9.656/98, serão resarcidos ao SUS 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 SUS. Na figura a seguir o mecanismo de funcionamento do ressarcimento ao SUS.



Para efetuar o ressarcimento ao SUS 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 deste com o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB/ANS). A partir da identificação dos beneficiários de planos de saúde, a ANS notifica as operadoras sobre os recursos que devem ser resarcidos ao SUS e cobra a devolução.

Caso as operadoras não paguem, a cobrança é encaminhada para inscrição em dívida ativa da ANS e no Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal (CADIN). A inscrição no CADIN impede a contratação com o poder público. Já a inscrição em dívida ativa é uma fase prévia à cobrança judicial. Em função disso, a operadora não consegue obter certidão negativa de débitos perante a Agência e fica desabilitada para o Programa de Conformidade Regulatória, que dá incentivos às operadoras em situação regular junto à ANS.

Avanços no ressarcimento ao SUS COMO ERA ANTES



Processo de trabalho era mais extenso

- Obrigatoriedade de dupla análise técnica dos processos: pelo Ministério e ANS
- Necessidade de notificação à operadora antes da inscrição no CADIN



Centralização do gerenciamento das atividades

- Protocolo e arquivo funcionavam juntos
- Coordenação única para 1º e 2º instâncias, o que atrubulava o trabalho



Processos de trabalho podiam se repetir

- Existência de três instâncias decisórias para os processos
- Duplicidade de análise dos processos a serem inscritos em Dívida Ativa



Carência de pessoal no setor

Avanços no ressarcimento ao SUS COMO É AGORA



Reorganização dos processos, tornando os fluxos de trabalho mais ágeis

- Eliminação da dupla análise e ato único para cobrança e notificação ao CADIN
- Supressão de uma das instâncias dos processos



Criação de coordenadorias especializadas, dinamização dos fluxos

- Cooperação entre as coordenadorias existentes
- Integração com outras áreas da ANS que auxiliam no andamento do trabalho



Padronização das atividades e definição de metas individuais e por equipe



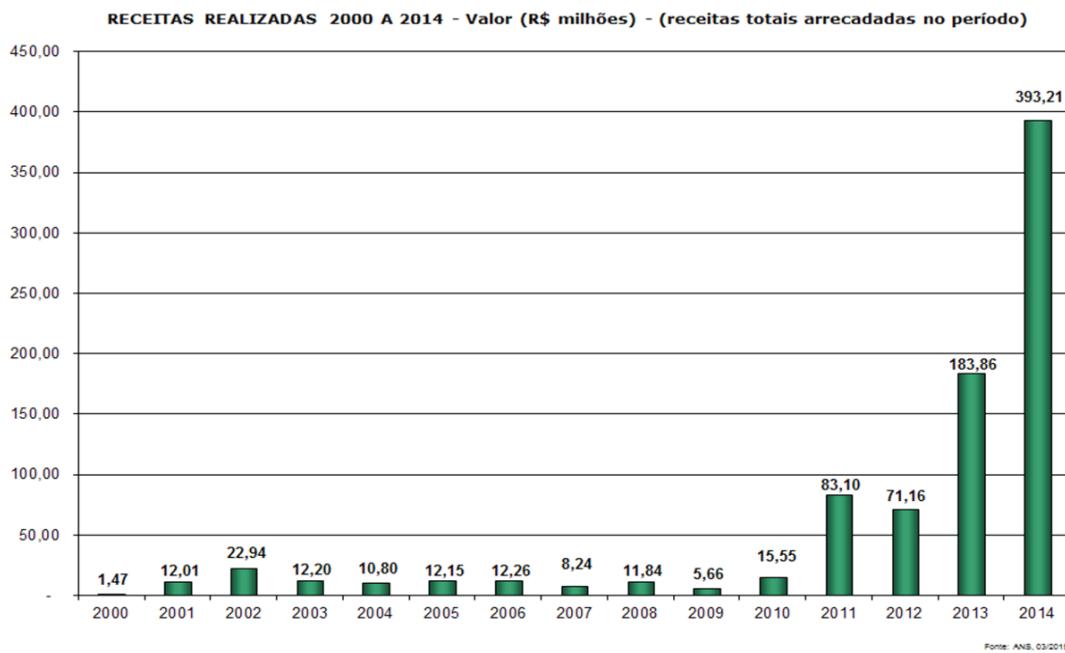
Contratação de 89 temporários e 77 terceirizados desde 2010

- É o equivalente a 10% de toda a mão de obra da ANS

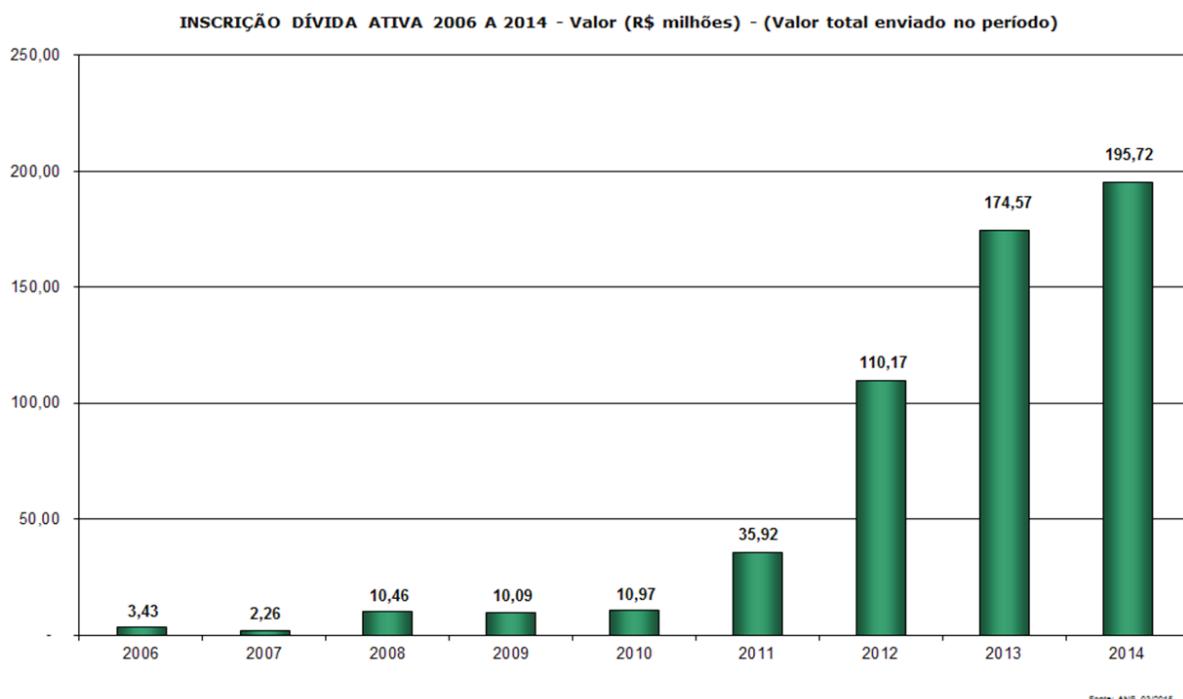
O incremento do ressarcimento ao SUS foi significativo nos últimos quatro anos. Em 2014, as operadoras ressarciram R\$ 393,53 milhões, um aumento de 114% em relação ao valor total arrecadado em 2013, quando foram obtidos R\$ 183,86 milhões. Em 2014, a Agência encaminhou R\$ 196 milhões para inscrição em dívida ativa. Entre 2011 e 2014, foram encaminhados R\$ 516 milhões, recursos que estão sendo cobrados junto ao Poder Judiciário pela União.

O volume de recursos resarcidos ao SUS cresceu devido à intensificação da cobrança realizada pela ANS. O resultado deve-se ao aprimoramento dos processos de gestão e à contratação de novos servidores para agilizar o ressarcimento. Houve também a priorização da inscrição das operadoras inadimplentes em dívida ativa e a determinação para que as operadoras incluam em seus balanços a dívida com o ressarcimento, com garantias e provisões para as dívidas atuais e futuras.

Ressarcimento ao SUS - Receita (2000-2014)



Ressarcimento ao SUS - Valores enviados para inscrição em Dívida Ativa (2006-2014)



4.2 PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS

A partir de 6 janeiro de 2015, todos os pedidos de impugnação e recurso encaminhados pelas operadoras à ANS nos processos de ressarcimento ao SUS passaram a ocorrer exclusivamente por meio eletrônico. Para isso, a ANS lançou o PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS. Trata-se de um sistema online para a tramitação digital dos documentos de impugnação e recurso dos processos de ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde. O PERSUS permite que as operadoras enviem eletronicamente os documentos, dando mais agilidade e melhorando o processo de ressarcimento, com maior controle e redução de custos.

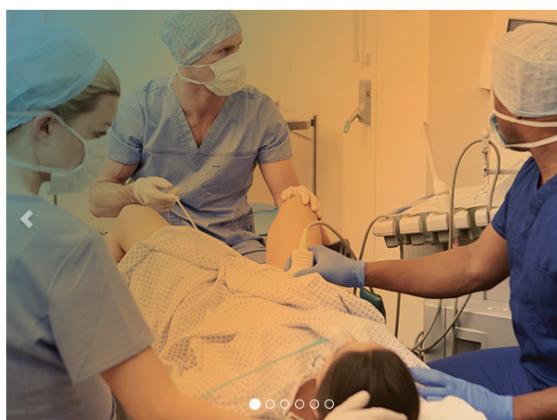
O objetivo é dar mais agilidade e melhorar o processo de ressarcimento, reduzindo custos e aumentando o controle sobre as operações. O sistema já está disponível. As determinações relativas a esse assunto constam na Resolução Normativa nº 358 e na Instrução Normativa nº 54, ambas publicadas em dezembro de 2014. Todo o material de orientação para as operadoras utilizarem o sistema (módulo gestão de contas) já está disponível no portal da ANS.

4.3 Listagem das operadoras inadimplentes com o ressarcimento ao SUS no portal da ANS – Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS

Em julho de 2014, a ANS iniciou a divulgação do cadastro positivo das operadoras que efetivamente pagam o ressarcimento ao SUS, no seu portal na internet, em Dados Integrados de Qualidade Setorial. A medida visa à transparência no processo de ressarcimento ao SUS, pois a consulta indica se a operadora está em dia com o ressarcimento ou, caso contrário, o percentual de sua dívida com o SUS.

O cálculo do percentual de adimplência das operadoras é feito a partir da soma dos valores pagos e valores em parcelamento, divididos pelos valores cobrados relativos ao ressarcimento ao SUS. Não estão incluídos os valores relativos aos depósitos judiciais efetuados por operadoras que questionam judicialmente os débitos apontados. A informação está no portal em Planos e Operadoras - Informações e Avaliações de Operadoras.

4.4 Mapa inédito do uso do sistema público por beneficiários da saúde suplementar



Integração da saúde suplementar com o SUS

Levantamento permite conhecer perfil de usuários e dos procedimentos realizados na rede pública por pessoas com planos de saúde

Em dezembro de 2014, a ANS e o Ministério da Saúde lançaram um conjunto de medidas que, além de trazer diversas melhorias ao processo de trabalho da Agência, representa a integração real entre a saúde pública e a saúde suplementar. Entre as medidas, a ANS divulgou um mapeamento inédito sobre as operações de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). A análise compreendeu as notificações realizadas entre 2008 e 2012 e mostra o perfil dos usuários e procedimentos realizados, oferecendo um panorama detalhado das situações em que as pessoas com planos de saúde mais recorreram ao SUS no período.

Nos quatro anos analisados, os atendimentos de urgência e emergência predominaram, representando 68,46% do total, enquanto os eletivos atingiram 30,3%. Entre os procedimentos mais procurados, os partos (normal e cesárea) ocuparam o primeiro lugar, seguido de tratamento para pneumonia ou gripe e diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica. As mulheres foram maioria entre os usuários de planos de saúde que procuraram o SUS: 58,1%. Em relação à faixa etária, jovens entre 25 e 34 anos representaram a maior parte dos beneficiários atendidos. A maioria das notificações ocorreu em entidades benfeitoras sem fins lucrativos.

A região Sudeste apresentou o maior volume de atendimentos (62,97%), seguida da região Nordeste (14,09%), Sul (13,7%), Centro-Oeste (5,44%) e Norte (3,79%). Esta análise é feita segundo o percentual de hospitalizações em relação ao total absoluto das AIHs notificadas, de acordo com o estado do prestador de serviço. Nessa linha, São Paulo (43,84%), Minas Gerais (9,89%), Rio de Janeiro (7,20%), Paraná (5,90%) e Rio Grande do Sul (4,34%) lideraram as notificações.

Já a análise ponderada pelo total de beneficiários com cobertura hospitalar em cada estado mostrou que Tocantins (5,5%), Acre (4,3%) e Roraima (4,3%) apresentaram os maiores percentuais de notificações em relação à população com planos de assistência médica hospitalar. A distribuição das AIHs notificadas pelo estado em que residem os beneficiários, ponderada pelo total de consumidores, mostrou que a maioria das hospitalizações ocorreu no Acre, Roraima, Tocantins, São Paulo e Santa Catarina. Nesses estados, foram identificadas mais de 30 AIHs para cada mil indivíduos.

Essas informações contribuem para a Agência conhecer melhor a realidade das pessoas e intervir no sistema regulatório para que as operadoras de planos de saúde atendam com eficiência a todos os seus beneficiários, melhorando a assistência à saúde prestada pela saúde suplementar. O mapa permite que a ANS trabalhe para garantir que as operadoras tenham rede assistencial para atender seus usuários e também permite que os secretários municipais, estaduais e o próprio Ministério da Saúde utilizem essas informações para planejar melhor a rede de serviços que é oferecida aos pacientes do SUS.



O mapa de Utilização do Sistema Público de Saúde por Beneficiários da Saúde Suplementar está disponível no portal da ANS na internet e será uma publicação periódica.

4.5 Número do Cartão Nacional de Saúde

O envio do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) pelas operadoras para a ANS como um dos identificadores do beneficiário de plano de saúde já constava em norma desde 2004, 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 Cadastro Nacional de Pessoa Física (CPF), da Receita Federal, permitisse a identificação unívoca do beneficiário de plano de saúde.

A identificação unívoca é um importante passo para o aumento da cobrança do ressarcimento. O número do cartão permitirá identificar se a pessoa é beneficiária de plano de saúde.

Avanço implementado em 2014 foi a ampliação do número de pessoas que possuem o número do Cartão Nacional de Saúde preenchido na base de dados da ANS. Atualmente, são 42,3 milhões de indivíduos identificados com planos de saúde. Destes, 23 milhões (55%) contam com número do Cartão Nacional de Saúde.

Para agilizar o processo de emissão destes números aos beneficiários de planos, o Ministério da Saúde disponibilizou aplicativo que permite que as operadoras executem, em lote, a busca e emissão de números do Cartão para seus beneficiários. As operadoras terão o prazo de 180 dias para informar ao beneficiário o número do Cartão SUS. Esta identificação ajudará a construir uma base nacional de informações para a saúde, aprimorando a gestão da assistência à saúde no país.

Cartão Nacional de Saúde para todos

- O aplicativo **CADSUS STAND ALONE (Datasus/MS)** será usado pelas operadoras para atribuir o número do CNS a todos os beneficiários de planos de saúde
- Com a ferramenta, a emissão dos números pelas operadoras **será feita em lote**, agilizando o processo
- A medida ajudará a construir uma **base nacional de informações**, aprimorando a gestão da saúde

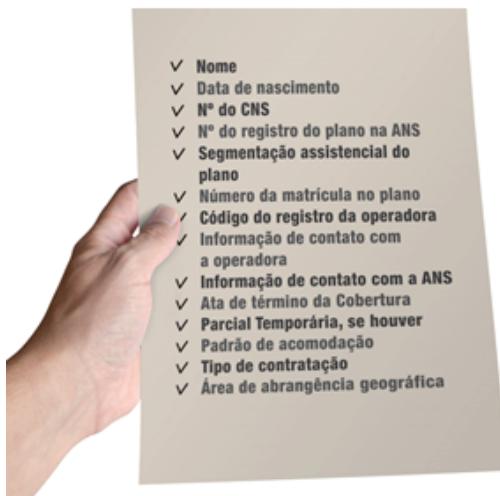
As operadoras
terão **6 meses**
para informar
aos seus
beneficiários o
número do CNS

4.6 Identificação Padronizada para uso pelos beneficiários de planos de saúde

Concomitantemente, em 2014, a Agência aprovou norma para melhorar a informação dos beneficiários sobre o seu plano de saúde e facilitar a comunicação entre a ANS, as operadoras e os consumidores. As operadoras têm prazo de 12 meses, a partir de 1º de janeiro de 2015, para fornecerem aos consumidores um conjunto mínimo e padronizado de informações sobre o seu plano de saúde (Identificação Padrão da Saúde Suplementar), que pode ser disponibilizado em meio físico ou digital.

Melhor identificação de beneficiários

Identificação padronizada



- A partir de 2015, as operadoras serão obrigadas a disponibilizar aos beneficiários um **conjunto padronizado de informações** sobre o seu plano de saúde: a Identificação Padrão da Saúde Suplementar
- A ação vai **qualificar a identificação** dos beneficiários sobre o seu plano de saúde e **facilitar a comunicação** entre a ANS, operadoras e consumidores

As operadoras terão **1 ano** para informar aos seus beneficiários as informações padronizadas

4.7 Sistema COMPROVA no portal da ANS

Os consumidores também podem consultar pelo portal da ANS os seus dados, informados pelas operadoras à ANS, por meio do sistema Comprovante de Dados Cadastrais (Comprova), que contém os dados cadastrais do beneficiário. O sistema permite aos consumidores consultar e alterar os seus dados. Com isso, os usuários terão mais controle das informações e facilidade ao buscar atendimento pela ANS.

4.8 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. As medidas tomadas para a atribuição do número do Cartão Nacional de Saúde para os beneficiários de planos de saúde contribuem para a criação de um registro eletrônico tanto para os usuários da saúde pública como para os da saúde suplementar.

Em 2014, a Agência optou por agregar as informações essenciais de saúde dos beneficiários de planos de saúde ao Registro Eletrônico de Saúde – Portal do Cidadão, gerido pelo Ministério da Saúde (MS). O MS é o órgão que mantém os cadastros nacionais e recebe dados de atenção em saúde de todos os serviços de saúde existentes no país, independente da fonte de financiamento.

A ANS concluiu a Avaliação de Impacto Regulatório (AIR) apontando para o desenvolvimento do RES Nacional, e alinhou as propostas da AIR com as ações propostas pelo MS. Também em 2014, a Agência definiu a Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) como instrumento para viabilizar a interoperabilidade dos sistemas de informações de saúde, independentemente da fonte de financiamento da atenção à saúde.

5. FOCO NA FISCALIZAÇÃO

Entre as principais conquistas relativas à fiscalização destacam-se o incremento da solução das demandas por negativa de cobertura, encaminhadas pela Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) e a obrigatoriedade de criação de Ouvidoria pelas operadoras de planos de saúde.

5.1 Mediação de conflitos também para demandas não assistenciais

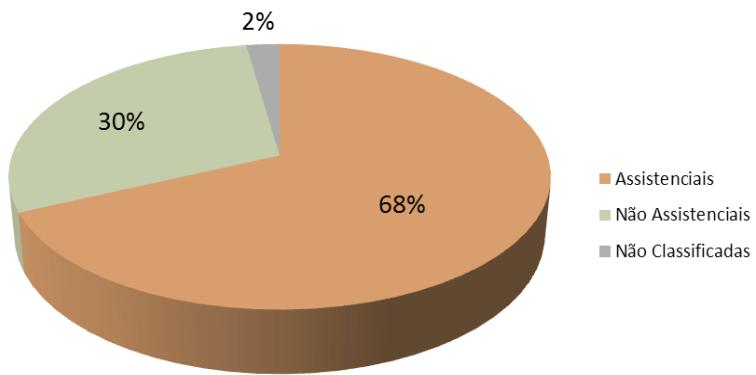


A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) é um instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos de cobertura assistencial entre operadoras e consumidores. A partir de março de 2014, com a entrada em vigor da RN nº 343, a NIP foi ampliada para todas as demandas de reclamação, não somente as de negativa de cobertura assistencial, nas quais o consumidor seja diretamente afetado e a situação seja passível de mediação.

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

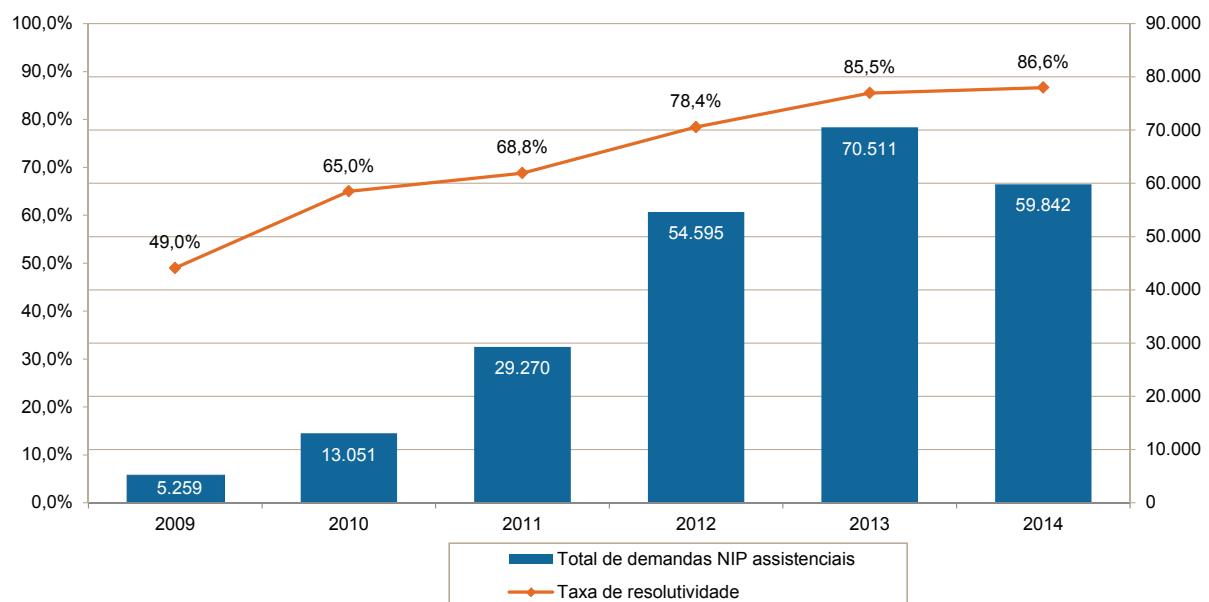
As mudanças modernizaram o acompanhamento da situação das notificações, pois as operadoras passaram a ser notificadas pelo portal da ANS, em espaço próprio. As demandas do consumidor poderão ser abertas em todos os canais de atendimento da ANS e o beneficiário que se cadastrar no portal da Agência poderá acompanhar a notificação eletronicamente. O gráfico a seguir mostra o perfil das reclamações, conforme a classificação da demanda.

Perfil de Reclamações recebidas pela ANS em 2014



Em 2014, entre as reclamações recebidas, 87.233 foram objeto de notificações, sendo 59.842 assistenciais. Destas, 30.457 foram resolvidas por mediação de conflitos. O índice de resolutividade da NIP sobre negativas de cobertura foi de 86,64%, em 2014. O Índice de Resolutividade mensura o total de reclamações de consumidores, de natureza assistencial, que são resolvidas no âmbito da mediação, sem a necessidade de instauração de processo administrativo sancionador. Em suma, de cada cinco notificações recebidas pela ANS, quatro foram resolvidas por mediação de conflitos.

Resolutividade NIP (2009-2014)



5.2 Disque ANS

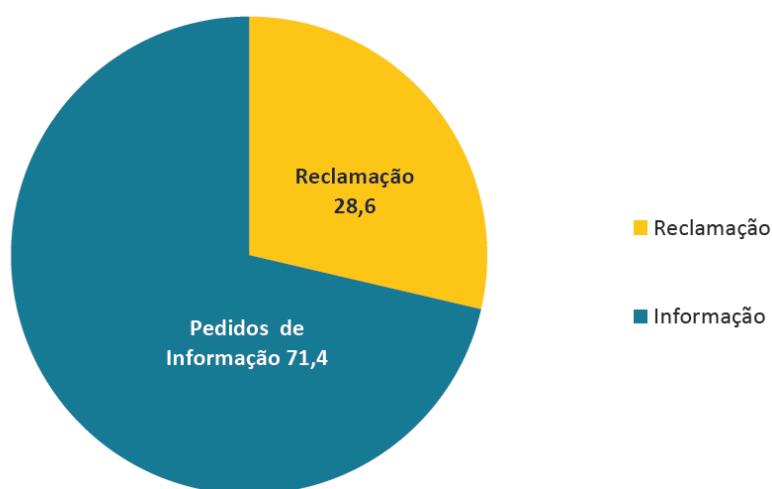
A ANS mantém à disposição dos beneficiários de planos de saúde uma Central de Relacionamento para o esclarecimento de dúvidas e registro de reclamações/denúncias sobre os serviços de operadoras.

Integram a Central de Relacionamento da ANS:

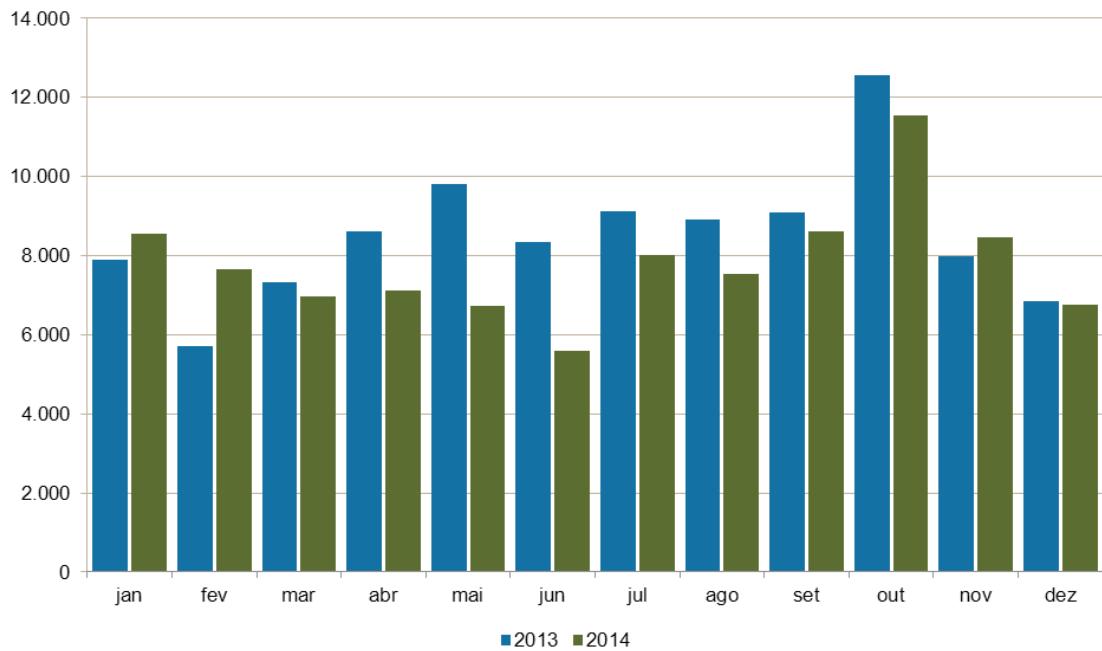
- **Disque ANS** - 0800 701 9656 - Ligação gratuita de qualquer cidade do Brasil, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.
- **Central de Atendimento ao Consumidor** - Disponível no portal www.ans.gov.br. Por esse canal, as dúvidas, as sugestões e as reclamações são enviadas por e-mail.
- **Carta** - Correspondências endereçadas à Diretoria de Fiscalização/Central de Relacionamento ANS, no endereço: Rua Augusto Severo, 84 - Glória - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20021-040.
- **Atendimento pessoal** - Doze núcleos da ANS em onze estados do país, para onde o consumidor pode se dirigir pessoalmente.

Em 2014, a ANS recebeu 328.935 demandas de consumidores, das quais 28,6% se referiam a reclamações (93.523), com queda de 8,52% em relação a 2013, e 71,4% (234.712) referentes a pedidos de informações, com queda de 22,31% em relação a 2013, conforme explicitado nos gráficos a seguir.

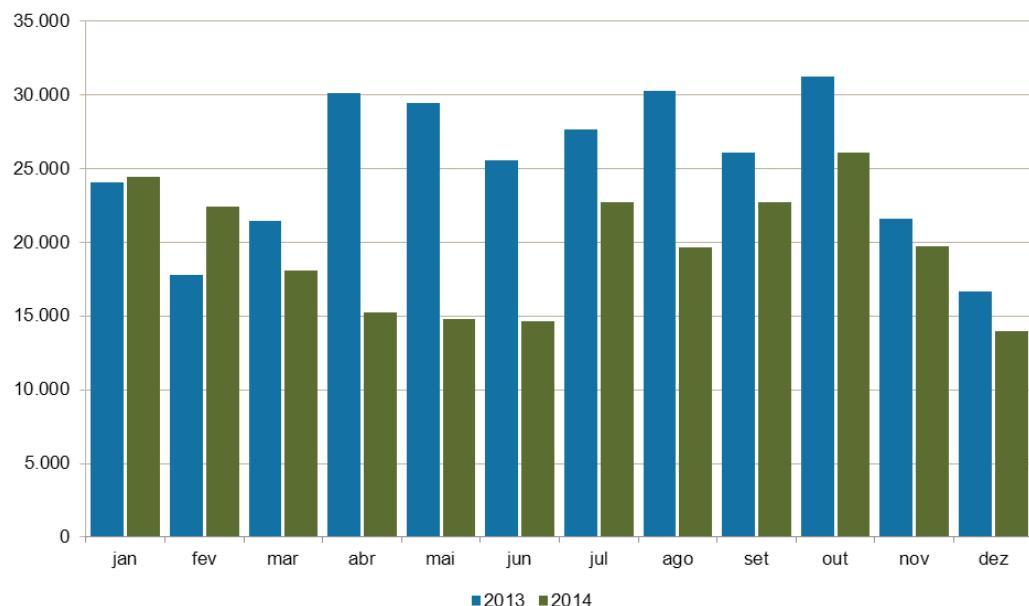
Demandas recebidas pela ANS, por tipo (2014)



Demandas de Reclamação (2013 e 2014)



Demandas de Informação (2013 e 2014)



5.3 Acompanhamento das reclamações no portal da ANS

Desde março de 2014, os beneficiários que fazem reclamação por qualquer um dos canais de relacionamento da ANS podem acompanhar o andamento de sua demanda pelo portal da Agência na internet. A consulta para acompanhamento de reclamações feitas à ANS pode ser feita no portal da Agência, no Espaço do Consumidor, na seção Acompanhamento de Solicitações. Estão disponíveis todos os documentos referentes à demanda, como pareceres da Agência e as respostas das operadoras.

Principal A ANS Planos e Operadoras Legislação Participação da Sociedade Prestadores Perfil do Belor Espaço da Qualidade

/ Principal / Planos e Operadoras / Espaço do Consumidor

Espaço do Consumidor

O que o seu Plano de Saúde deve cobrir
COMPROVA - Comprovante de dados cadastrais do consumidor
Prazo de espera para usar o Plano de Saúde e prazos máximos de atendimento
Reajustes de preços de planos de saúde
Aposentados e demitidos
Centro de Atendimento ao Consumidor
Processos do Consumidor
Vooé Saudável
Acompanhamento de solicitações
Verificar Cobertura da Plano

Informações e Avaliações de Operadoras
Espaço da Operadora
Contratação e Troca de Plano

O que o seu plano deve cobrir
Conheça os seus direitos: o que o seu plano de saúde deve atender, em que estabelecimentos e em que localidades do Brasil.

Prazo de espera para usar o plano e prazos máximos de atendimento
Conheça as regras para carência e os prazos máximos para você ser atendido a cada vez que precisar do plano de saúde.

COMPROVA - Comprovante de dados cadastrais do consumidor
Você tem um plano de saúde? Confira os seus dados cadastrais que são informados por sua operadora de planos de saúde para a ANS e emita um comprovante.

Reajustes de preços de plano de saúde
Veja aqui em que situações o seu plano de saúde pode aumentar o preço da mensalidade.

Aposentados e demitidos
Conheça as regras para manutenção do direito de cobertura assistencial de seu plano de saúde

Faça uma reclamação
Acredita que a operadora de seu plano de saúde está cometendo alguma infração? Comunique à ANS.

Acompanhamento de processos
Acompanhe aqui as decisões de processos.

Acompanhamento de solicitações
Acompanhe aqui as solicitações abertas nos canais de atendimento da ANS.

Vooé saudável
Faça pequenas mudanças no seu estilo de vida para melhor. Conheça as dicas sobre alimentação, atividade física e envelhecimento saudável.

5.4 Obrigatoriedade de criação de Ouvidoria pelas operadoras

A partir da Resolução Normativa nº 323, de 2013, as operadoras de planos de saúde foram obrigadas a criar Ouvidorias vinculadas às suas estruturas organizacionais.

A norma deu o prazo de 180 dias para a implementação das ouvidorias nas operadoras de grande porte; as operadoras de médio e pequeno porte – aquelas com número de beneficiários inferior a 100 mil – tiveram prazo de 365 dias; e as operadoras de assistência médica com menos de 20 mil beneficiários e as que são exclusivamente odontológicas com até 100 mil beneficiários não são obrigadas a criar estrutura física de ouvidoria, precisando, porém, designar um representante institucional para o exercício das atribuições de ouvidor.

A medida buscou facilitar o acesso dos consumidores ao que foi contratado junto às operadoras. Atualmente, 100% das operadoras de grande porte, com mais de 100 mil beneficiários, já possuem ouvidorias, assim como 77% daquelas com até 100 mil beneficiários. Isso significa que 98,81% dos consumidores de planos de saúde no país estão em operadoras com o serviço de ouvidorias, o que deve contribuir para o bom relacionamento entre as operadoras e os beneficiários de planos de saúde.

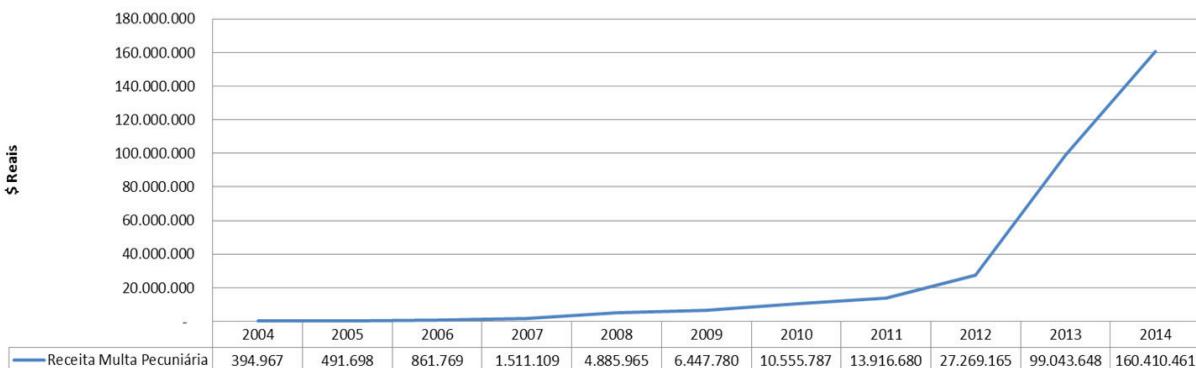
A Ouvidoria da ANS foi contemplada com Menção Honrosa conferida pelo Prêmio de Ouvidorias Brasil - 2014, promovido pela Associação Brasileira das Relações Empresa-Cliente (ABRAREC) e pela revista “Consumidor Moderno”, com o apoio da Associação Brasileira de Ouvidorias (ABO).

Conquistou também o prêmio da categoria “Aprimoramento das Atividades de Ouvidoria”, conferido pelo 2º Concurso de Boas Práticas da Controladoria-Geral da União (CGU), em razão da iniciativa e da implementação bem sucedida de ouvidorias nas operadoras de planos de saúde.

5.5 Aumento substancial na cobrança e arrecadação de multas por auto de infração

O incremento na cobrança de multas por auto de infração foi substancial em 2014. Como resultado do aperfeiçoamento do trabalho relativo às decisões de processos administrativos sancionadores, bem como à contratação de servidores temporários, a ANS reduziu drasticamente o tempo de tramitação dos processos em segunda instância e a cobrança das respectivas multas às operadoras. Em 2013, a Diretoria Colegiada julgou 3.027 processos. Em 2014, foram 6.212 processos julgados.

A Agência também aumentou em mais de quatro vezes a arrecadação de multas por auto de infração, passando de R\$ 27.269.164,64, em 2012, para R\$ 124.413.105,79, em 2014. O gráfico a seguir demonstra este resultado.



Além das medidas gerenciais aplicadas aos processos em segunda instância, houve também 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. Dessa maneira, contam com a livre movimentação dos ativos garantidores das provisões técnicas e o escalonamento na necessidade de vinculação dos ativos garantidores da provisão de eventos e sinistros a liquidar.

Contribuiu também para o incremento de arrecadação o incentivo dado pela reabertura do parcelamento extraordinário. Com base na Lei nº 12.996, de 2014, alterada pela Lei nº 13.043, de 2014, foram concedidos parcelamentos, pagamentos à vista e o pagamento antecipado da dívida com benefícios.

5.6 Consulta às decisões de segunda instância são facilitadas

Desde janeiro de 2014, está disponível no portal da ANS um novo sistema para a consulta às decisões de segunda instância de processos sancionadores, agilizando a pesquisa do histórico do processo, sua localização, número da demanda, fase e data da decisão.

A atualização e divulgação em tempo real das decisões de segunda instância atende ao princípio da transparência, além de permitir que os consumidores tenham acesso às informações sobre seus processos.

Principal A ANS Planos e Operadoras Legislação Participação da Sociedade Prestadores Perfil do Bem Espaço da Qualidade

/ Principal / Planos e Operadoras / Espaço do Consumidor

Espaço do Consumidor

O que o seu Plano de Saúde deve cobrir? COMPROVA - Comprovante de dados cadastrais do consumidor Prazos de espera para usar o Plano de Saúde e prazos máximos de atendimento Hospitais de preços de planos de saúde Aposentados e demilitares Central de Atendimento ao Consumidor Processos do Consumidor Você é saudável Acompanhamento de solicitações Verificar Cobertura do Plano Informações e Avaliações de Operadoras Espaço da Operadora Contratação e Troca de Plano

O que o seu plano deve obrigar
Conheça os seus direitos: o que o seu plano de saúde deve atender, em que estabelecimentos e em que localidades do Brasil.

Prazos de espera para usar o plano e prazos máximos de atendimento
Conheça as regras para carência e os prazos máximos para você ser atendido a cada vez que precisar do plano de saúde.

COMPROVA - Comprovante de dados cadastrais do consumidor
Você tem um plano de saúde? Confira os seus dados cadastrais que são informados por sua operadora de planos de saúde para a ANS e emita um comprovante.

Reajustes de preços de plano de saúde
Veja aqui em que situações o seu plano de saúde pode aumentar o preço da mensalidade.

Aposentados e demilitares
Conheça as regras para manutenção do direito de cobertura assistencial de seu plano de saúde.

Faça uma reclamação
Acredita que a operadora de seu plano de saúde está cometendo alguma infração? Comunique à ANS.

Acompanhamento de processos
Acompanhe aqui as decisões de processos.

Acompanhamento de solicitações
Acompanhe aqui as solicitações abertas nos canais de atendimento da ANS.

Você é saudável
Faça pequenas mudanças no seu estilo de vida para melhor. Conheça as dicas sobre alimentação, atividade física e envelhecimento saudável.

5.7 Contribuição para entendimentos jurídicos sobre direito à saúde

A ANS participa do Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, criado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que visa a auxiliar a comunidade jurídica na interpretação de questões relacionadas ao direito universal à saúde. O Comitê Executivo contribuiu para a discussão e elaboração de enunciados quanto a esses assuntos, contribuindo para o esclarecimento de assuntos referentes ao biodireito, saúde pública e saúde suplementar.

Durante a I Jornada Nacional da Saúde, em maio de 2014, 45 enunciados foram aprovados em plenária, 17 dos quais relativos especificamente à saúde suplementar. Estes enunciados tratam de assuntos como reajuste dos planos de saúde e negativa de cobertura para procedimentos de alta complexidade, entre outros temas.

5.8 Ferramenta para subsidiar magistrados em litígios de saúde

A ANS e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) disponibilizaram aos juízes de Direito e aos membros do Ministério Público telefone, e-mail e uma ferramenta de consulta a pareceres técnicos. A iniciativa da ANS visa a subsidiar com informações técnicas o Poder Judiciário, o Ministério Público e demais agentes representativos da sociedade, bem como dar transparência à regulação do mercado.

A CONITEC é responsável por assessorar o Ministério da Saúde sobre a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, além da constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. A Comissão disponibilizou endereço de e-mail (conitec@saude.gov.br) para que juízes enviem solicitações de informações técnicas em processos que versam sobre questões relacionadas ao tema saúde.

A ANS divulgou ferramenta de consulta a pareceres técnicos sobre coberturas assistenciais para clientes de planos de saúde. As providências foram adotadas por intermédio do Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, formado por um Comitê Executivo Nacional e por Comitês Estaduais (e Distrital), compostos por membros do sistema de Justiça e do sistema de saúde.

5.9 Semana de Orientação aos Beneficiários de Planos de Saúde em Belém do Pará

Para levar mais informações à população paraense sobre o setor de planos de saúde, o Núcleo ANS no Pará organizou, em junho de 2014, a Semana de Orientação aos Beneficiários de Planos de Saúde. A iniciativa visou a esclarecer dúvidas dos consumidores de planos de saúde e a orientar quanto à contratação de forma consciente, no que diz respeito aos direitos dos beneficiários. As informações foram de cunho prático - orientações para a contratação de um plano de saúde, para fazer a portabilidade de carências, como consultar sobre reajustes de mensalidades e como proceder para o encaminhamento de denúncias em função de dificuldades de atendimento pelos planos de saúde.



Facilitar o acesso às informações é fundamental para o fortalecimento da capacidade de escolha do consumidor quanto ao melhor plano para atender às suas necessidades e às da sua família.

6. FOCO NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E NA ARTICULAÇÃO SETORIAL

Com foco no estímulo à participação da sociedade e à articulação setorial, a Agência dispôs suas principais normas em Consulta Pública e realizou duas audiências públicas. Obteve sugestões da sociedade e do setor regulado nas Câmaras e Grupos Técnicos que trabalharam, em 2014; 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 2014, a Câmara de Saúde Suplementar reuniu-se quatro vezes para discutir temas prioritários do setor.

6.2 Ouvidoria da ANS

A Ouvidoria da ANS possui dois campos de atuação: interno e externo. A Ouvidoria Interna é um canal à disposição do quadro funcional da Agência para se manifestar 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 sugestões sobre o desempenho e o processo de trabalho da Agência.

A partir das manifestações dos consumidores e dos entes regulados, a Ouvidoria recomenda à ANS a correção de distorções, falhas, atos e omissões, buscando o aperfeiçoamento da atuação da Agência.

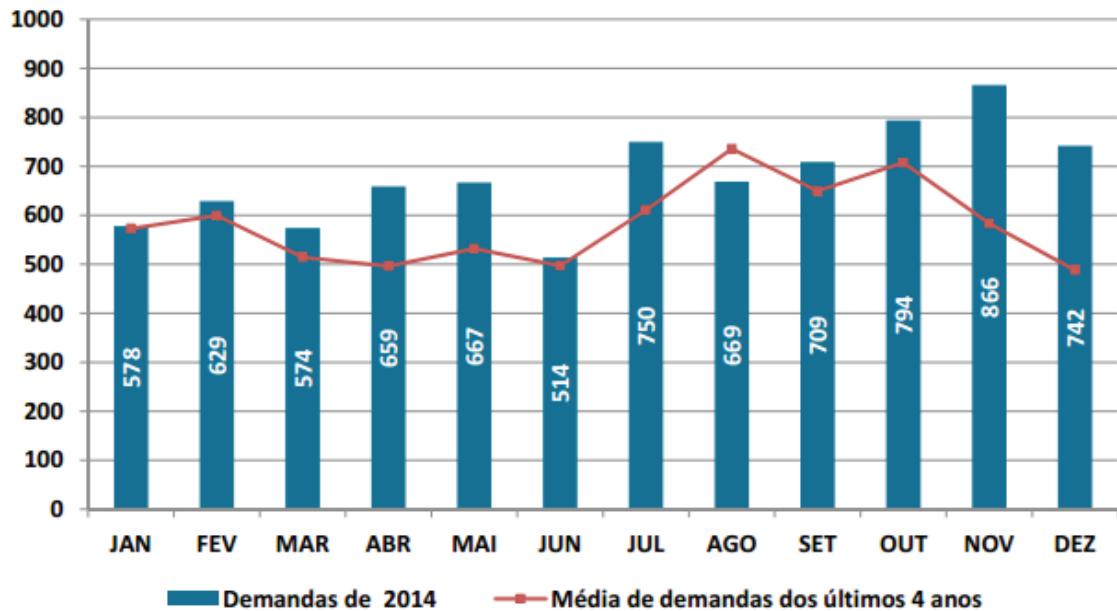
Em 2014, a Ouvidoria da ANS experimentou significativo aumento de suas atividades, bem como novos desafios que se incorporaram à sua rotina de tarefas, notadamente em decorrência do acompanhamento da implementação das unidades de Ouvidoria por parte das operadoras, em cumprimento à Resolução Normativa - RN nº 323/2013. As operadoras receberam orientações e esclarecimentos para a implementação de suas unidades, participaram de palestras nos Encontros Regionais promovidos pela ANS, bem como divulgação do projeto na mídia e em congressos e seminários voltados ao tema.

Atualmente, 100% das operadoras de grande porte, com mais de 100 mil beneficiários, já possuem ouvidorias, assim como 77% daquelas com até 100 mil beneficiários. Isso significa que 98,81% dos consumidores de planos de saúde no país estão em operadoras com o serviço de ouvidorias, o que deve contribuir para o bom relacionamento entre as operadoras e os beneficiários de planos de saúde.

Como já referido, este trabalho da Ouvidoria foi premiado com Menção Honrosa no Prêmio de Ouvidorias Brasil 2014 promovido pela Associação Brasileira das Relações Empresa-Cliente (ABRAREC) e a revista Consumidor Moderno; bem como na categoria Aprimoramento das Atividades de Ouvidoria, no II Concurso de Boas Práticas, promovido pela Controladoria-Geral da União (CGU).

Ao longo de 2014, a Ouvidoria da ANS recebeu 8.305 manifestações. Desse total, 8.151 foram pertinentes à ANS e 154 não pertinentes, resultando em uma média de 692 manifestações/mês. Um total de 8.186 demandas foram finalizadas dentro do exercício, restando 119 com análise em andamento para finalização em 2015.

Histórico das demandas recepcionadas na Ouvidoria em 2014, segundo pertinência à ANS.

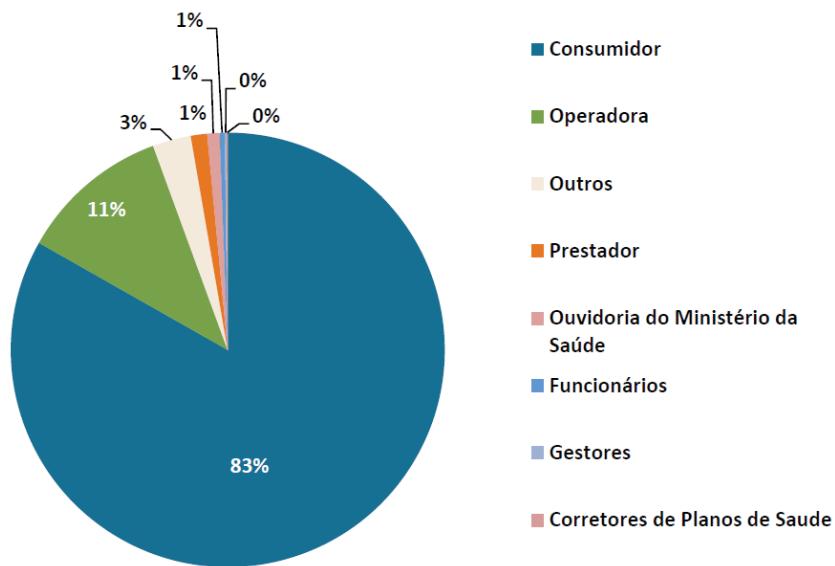


As demandas recepcionadas pela Ouvidoria com temática pertinente à ANS são classificadas em Não Propriamente de Ouvidoria e as que se relacionam com o desempenho e o processo de trabalho da ANS são classificadas como Próprias de Ouvidoria. O ano de 2014 contou com 5.842 demandas Não Propriamente de Ouvidoria e 2.309 Próprias de Ouvidoria, especificadas no quadro a seguir.

NÃO PROPRIAMENTE DE OUVIDORIA		Total
Operadoras de planos de saúde		4.270
Prestador de serviço		342
Rol de procedimentos		264
Reajuste		235
Legislação e Normativos		211
Outros temas		520
TOTAL GERAL		5.842
PRÓPRIA DE OUVIDORIA		
Demora nas respostas		284
Agradecimento		234
Andamento de demanda		185
NIP		179
Portabilidade		156
Disque-ANS - indisponibilidade do sistema		112
Outros temas		1.159
TOTAL GERAL		2.309

Os consumidores são os maiores demandantes tanto de questões Não Propriamente de Ouvidoria como as Próprias, (92% e 83%, respectivamente), seguidos pelas operadoras, em percentual muito menor (3% e 11%, respectivamente).

Demandas pertinentes à ANS Próprias de Ouvidoria, segundo tipo de demandante.



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 às ações da ANS.

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.

Consultas Públicas realizadas em 2014:

Nº	Período	Assunto	Norma Decorrente
54	06/01 a 04/02/2014	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.	Não foi publicada norma. O tema voltou para estudo.
55	24/10 a 24/11/2014	Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias às taxas de cirurgias cesáreas e de partos normais, por estabelecimento de saúde e por médico.	RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015
56	24/10 a 24/11/2014	Dispõe sobre a obrigatoriedade da utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.	RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015

6.4 Audiências Públicas

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). Em 2014, a Agência realizou suas duas primeiras Audiências Públicas:

- Audiência Pública sobre a proposta da Consulta Pública nº 54, de Boas Práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde, ocorrida em 23/01/2014.
- Audiência Pública sobre Regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014, que torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços de saúde, ocorrida em 11/11/2014.

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 às ações da ANS. O funcionamento das Câmaras é estabelecido em um regimento interno aprovado pela Diretoria Colegiada.

Com estrutura e objetivos semelhantes, podem ser criados Grupos Técnicos. Estes realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico e 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 no âmbito da assistência suplementar à saúde. Em 2014, a ANS contou com as seguintes Câmaras e Grupos Técnicos:

- Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde - Doenças ou Lesões Preexistentes, com o objetivo de discutir os critérios de qualificação da entrada do consumidor no plano de saúde, bem como identificar e debater questões que necessitam de análise e definição, para a revisão da Resolução Normativa nº 162, de 2007. Em andamento.
- Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde. Criada devido as dificuldades que o consumidor enfrenta quando solicita o cancelamento de plano de saúde individual ou familiar ou a exclusão de planos coletivos. Em andamento.
- Câmara Técnica de Regulamentação da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, criada para regulamentar a referida Lei que torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. Concluída em 2014.
- Grupo Técnico de Solvência, criado para debater com profundidade o atual regime de solvência, bem como a elaboração de proposta de aperfeiçoamentos. Concluído em 2014.
- Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento, com o objetivo a troca de informações em relação à metodologia do monitoramento da Garantia de Atendimento. Em andamento.

6.6 Participação em Audiências Públicas no Poder Legislativo Federal

Em 2014, a ANS divulgou 43 Boletins Informativos dirigidos ao Congresso Nacional, com temas relevantes em curso na regulação do Setor de Saúde Suplementar. Participou de audiências públicas convocadas pela Câmara de Deputados e pelo Senado Federa, para discutir e prestar esclarecimentos sobre temas e preocupações dos congressistas. A seguir, é apresentada relação das audiências públicas das quais a ANS participou em 2014

Câmara dos Deputados			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
(CSSF) Comissão de Seguridade Social	REQ 524/2014 Deputado Antônio Brito (PTB/BA)	Requer a realização de Audiência Pública, destinada a discutir a situação da Pediatria no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e Saúde Suplementar. Convidados: Ministério da Saúde; ANS; Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE); e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).	27/05/14
Senado Federal			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
(CDH) Comissão de Direitos Humanos	REQ 60/2014 Senador Paulo Paim (PT/RS)	Requer a realização de Audiência Pública nesta Comissão de Direitos Humanos para debater e marcar o “O envelhecimento e a qualidade de vida dos Idosos”. Convidados: ANS; Representante da Confederação dos Aposentados e Pensionistas do Brasil(COBAP); Representante do Ministério da Previdência; Representante da FENASPS; Representante da Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SNDH).	10/07/14

6.7 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, a Agência integra o Comitê de Consumo e Regulação – PLANDEC (SENACON/MJ). Em articulação com o Poder Judiciário, participa do Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ); e do Comitê Executivo Distrital de Saúde. Quanto às demais agências reguladoras, a ANS participa da Câmara Setorial de Serviços de Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).-

No âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o acompanhamento das políticas públicas de saúde é feito sistematicamente por meio da participação formal da ANS nas reuniões plenárias, tanto da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como do próprio CNS.

O Ministério da Saúde manteve, em 2014, alguns grupos de trabalho temáticos dos quais a ANS participa oficialmente: Comitê de Saúde e Direitos Humanos; Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS); Comitê Gestor do Fortalecimento das Ações para a Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama; Comitê Gestor das Redes de Urgência e Emergência (RUE); Comitê Gestor da Saúde Mental; Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM); Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN); Comitê de Implantação/Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP/ PNSP); Grupo de Trabalho de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME); Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS); Comissão Técnica Permanente de Assuntos Internacionais de Saúde; Conselho Editorial do Ministério da Saúde (CONED); Comitê Executivo do Plano Setorial de Saúde

de Mitigação e Adaptação às Mudanças Climáticas (PSMC-SAÚDE); Comissão sobre Acesso e Uso do Genoma Humano; Comissão de Monitoramento e Avaliação do Cumprimento da Lei nº 12.732/2012; e Comitê de Agenda do Ministro da Saúde.

Quanto aos eventos de massa, a Agência participou do Grupo de Trabalho para organização e planejamento das ações de saúde para a Copa do Mundo FIFA 2014.

7. FOCO NA GARANTIA DE ACESSO À INFORMAÇÃO

A ANS ampliou o Espaço da Qualidade, para reunir dados úteis na hora de adquirir ou manter um plano de saúde, manteve e ampliou suas publicações e lançou campanhas sobre a necessidade de um consumo consciente por parte dos beneficiários de planos de saúde.

7.1 Um padrão de informações para o beneficiário de plano de saúde

Em dezembro de 2014, a RN nº 360 estabeleceu o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como a disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, em meio físico ou digital.

A norma entra em vigor em 1º de janeiro de 2015 e dá um prazo de 180 dias para as operadoras fornecerem o número do Cartão Nacional de Saúde para os seus beneficiários; e de 12 meses para o fornecimento das informações contidas no padrão de identificação, seja em meio físico (carteirinhas ou cartões dos planos de saúde que ficam com o beneficiário), impresso em qualquer material; ou digital (no portal da operadora na internet ou em aplicativos disponíveis em computadores, tablets e celulares), mediante regras de segurança da informação, observado o sigilo dos dados de cada beneficiário, de forma que apenas este tenha acesso aos seus dados.

A medida vem ao encontro da necessidade de o beneficiário ter à mão, de forma sucinta e clara, os seus dados e principalmente os dados relativos ao seu vínculo com o plano de saúde. A Identificação Padrão da Saúde Suplementar, em meio físico ou digital, deverá conter obrigatoriamente os dados a seguir. Além deste conteúdo mínimo obrigatório, a operadora pode acrescentar dados adicionais, se julgar necessário. Deverá também aplicar soluções adequadas com vistas à garantia de acessibilidade para pessoas com deficiência visual.

Identificação Padrão da Saúde Suplementar:

- Nome do beneficiário
- Data de nascimento do beneficiário
- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário
- Número do registro do plano privado de assistência à saúde ou do cadastro do plano privado de assistência à saúde na ANS
- Segmentação assistencial do plano
- Número da matrícula do beneficiário no plano
- Código do registro da operadora na ANS
- Informação de contato com a operadora (Serviço de Atendimento ao Consumidor da operadora)
- Informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS e endereço eletrônico)
- Data de término da Cobertura Parcial Temporária - CPT, se houver
- Padrão de acomodação
- Tipo de contratação
- Área de abrangência geográfica.

7.2 Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS)

A Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos entre os agentes da saúde suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras e compor o Registro Eletrônico de Saúde. O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde da ANS e do Ministério da Saúde, e, ainda, a redução da assimetria de informações para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Desde agosto de 2014, está em vigência a Versão 3.02.00, que aperfeiçoa a troca de dados.

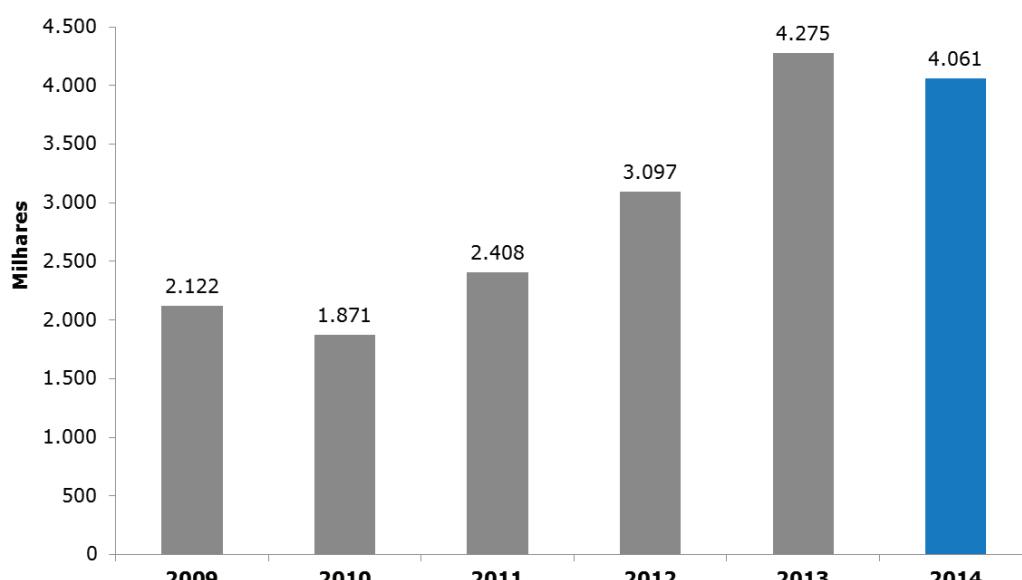
O padrão está organizado em cinco componentes: 1) organizacional - estabelece o conjunto de regras operacionais; 2) conteúdo e estrutura - estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e no plano de contingência, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde; 3) representação de conceitos em saúde - estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS); 4) segurança e privacidade - estabelece os requisitos de proteção para assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde, e tem como base o sigilo profissional e a legislação; e 5) comunicação - estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura.

7.3 Novo portal da ANS

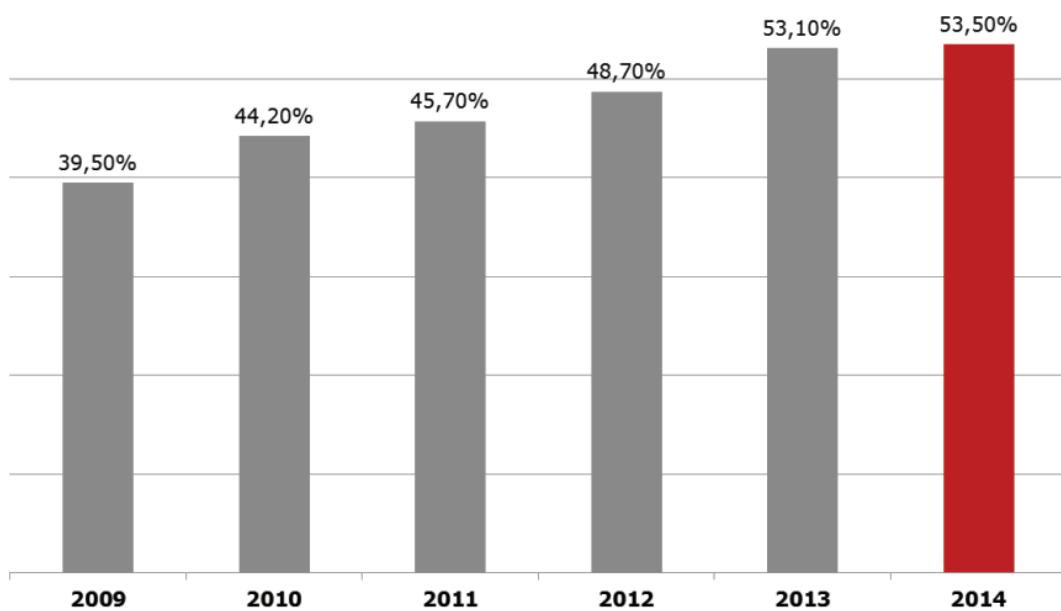
Em novembro de 2014, a ANS mudou seu portal para se alinhar às tendências atuais de tecnologia e torná-lo compatível com telefones com acesso à rede e tablets. Foi dado foco aos serviços mais utilizados, reorganizando conteúdos para melhorar a busca do usuário. O novo portal da Agência foi totalmente desenvolvido em gerenciador de conteúdo gratuito (software livre) e cumpre recomendações de acessibilidade do Programa de Governo Eletrônico Brasileiro (E-GOV).

Em 2014, o número de acessos ao portal da ANS foi similar ao de 2013 (cerca de quatro milhões de visitantes), e o de novos visitantes foi ligeiramente maior: em 2013, 53% do total de acessos partiu de novos visitantes; em 2014, 53,5%. As visitas ao portal por meio de dispositivos móveis aumentaram em 71%.

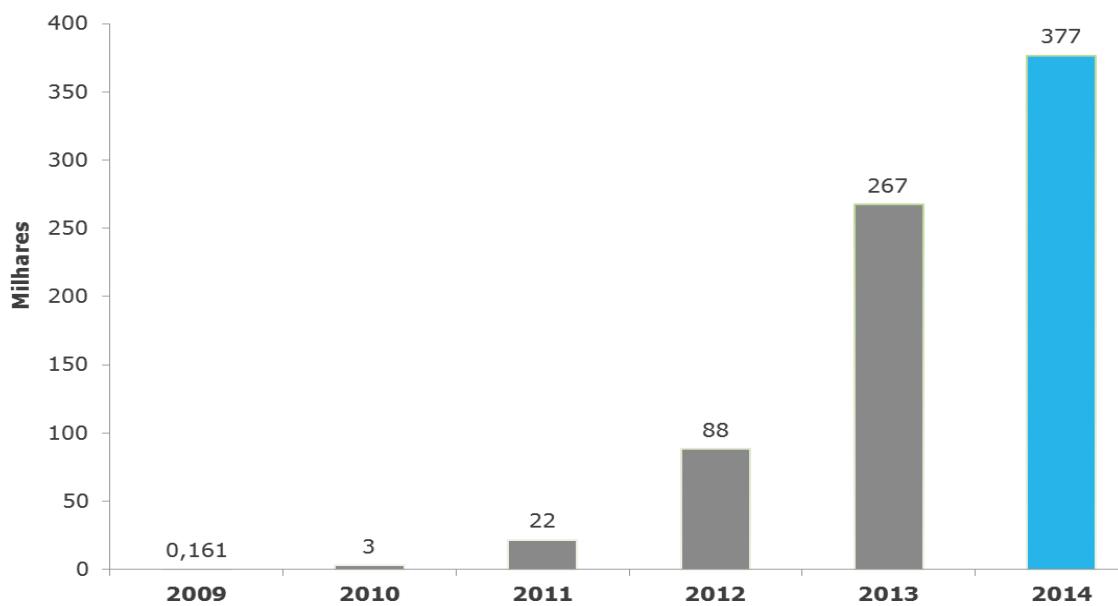
Número de visitantes ao portal da ANS (2009-2014)



Proporção de novos visitantes (2009-2014)



Visitas por meio de dispositivos móveis (2009-2014)



7.4 ANS nas mídias sociais

Em fevereiro de 2014, a ANS ingressou oficialmente no *Facebook*, aumentando sua participação nas mídias sociais, já utilizadas desde 2013 por meio do *YouTube* (vídeos), *Slideshare* (apresentações) e *Twitter*, para que o público receba de forma ágil as principais notícias da Agência.

O canal no *YouTube*, neste primeiro ano de implantação, tem 220 assinantes. Por meio dele, a Agência transmitiu ao vivo a Audiência Pública sobre Boas Práticas entre Prestadores e Operadoras. O vídeo da campanha sobre Consumo Consciente, que será abordado a seguir, alcançou 3.444 usuários. Pelo *Twitter*, são informados textos, imagens e medidas tomadas pela ANS. No *Slideshare*, são publicadas as apresentações feitas pela ANS em seus eventos. Por meio do *Facebook*, a Agência interage com o público para tirar dúvidas e mantê-lo atualizado quanto às medidas tomadas na regulação dos planos de saúde.

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

O Facebook alcança um público diverso, como por exemplo: consumidores, servidores, colaboradores, corretores de planos de saúde, prestadores e operadoras. Há um aumento consistente no alcance das informações: foram 3.230 curtidas entre fevereiro e dezembro 2014. Somente em uma postagem, sobre o monitoramento do cumprimento da garantia de atendimento pelas operadoras, o perfil da ANS alcançou 8.500 usuários e 200 compartilhamentos. Em 2014, a Agência ministrou curso sobre redes sociais no governo para duas turmas de servidores.

A presença nas redes sociais busca a interação com o público e a divulgação das ações institucionais, sempre priorizando a informação útil para a sociedade. A utilização das redes sociais ou mídias sociais inova processos de trabalho em diferentes áreas da organização, como gestão de pessoas, comunicação, tecnologia, atendimento, informação, conhecimento ou planejamento. Essas plataformas estão inseridas no contexto do governo eletrônico participativo EGOV, também denominado governo 2.0.

7.5 Espaço da Qualidade

O Espaço da Qualidade foi lançado em dezembro de 2012, e ampliado em 2013 e 2014, para facilitar o acesso à informação na hora de escolher ou mudar de plano. Nesta área estão reunidas informações que podem contribuir para a escolha de um plano de saúde. As informações disponíveis são:

A screenshot of the ANS (Agência Nacional de Saúde) website. The top navigation bar includes links for 'Principal', 'A ANS', 'Planos e Operadoras', 'Legislação', 'Participação da Sociedade', 'Prestadores', 'Perfil do Setor', and 'Espaço da Qualidade'. A red box highlights the 'Espaço da Qualidade' link. Below the navigation, there's a large graphic on the left with the text 'Seleção de Risco' over a red 'X' symbol. To the right, a sidebar titled 'Espaço da Qualidade' lists several items: 'Locomotivas de missões, hospitais e laboratórios', 'Acreditação de Operadoras', 'Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças', 'Índice de Reclamações', 'Planos não podem vender o produto', 'Planos com Comercialização Suspeita', 'Programa de Qualificação de Operadoras', and 'Dados Integrados da Qualidade Setorial'. A right-pointing arrow indicates more content is available.

7.6 Campanhas com foco no consumo consciente e no acesso de idosos aos planos de saúde

Em 2014, a Agência lançou duas campanhas publicitárias de utilidade pública para veiculação em todo o Brasil, sobre a escolha consciente do plano de saúde mais adequado e a orientação especial aos idosos. As peças produzidas foram veiculadas em emissoras de televisão abertas, fechadas e segmentadas, em revistas de circulação nacional, em TVs de ônibus e de metrôs, além dos canais de comunicação da Agência no *YouTube*, *Facebook*, *Twitter* e no portal da ANS.

A mensagem sobre o consumo consciente destaca que a contratação do plano mais adequado para o consumidor e sua família é uma escolha que deve ser feita com a avaliação adequada das necessidades e das opções disponíveis no mercado.

A mensagem de orientação para idosos alerta que negar ao idoso o ingresso em um plano de saúde por causa de sua idade é proibido por lei, e deve ser denunciado à ANS caso seja cometida por alguma operadora de planos de saúde.



7.7 Cartilha Cartões de desconto e pré-pago não são planos de saúde

Cartilha aponta características de cartões de descontos e pré-pagos

Modalidades não podem ser confundidas com planos de saúde

Para auxiliar o consumidor, a ANS lançou uma cartilha com informações sobre os cartões de desconto e cartões pré-pagos para serviços de saúde. A cartilha esclarece que esses serviços não são planos de saúde e não possuem as garantias do Rol de Procedimentos, definido pela ANS. Além disso, as operadoras de planos de saúde não podem oferecer esses tipos de produtos. A cartilha possui linguagem de fácil entendimento e aborda as principais dúvidas apresentadas pelos consumidores. Está disponível tanto no portal da ANS na internet como na forma impressa nos Núcleos de Atendimento da Agência no país.

7.8 Produção Editorial em 2014

Em 2014, a ANS manteve e ampliou a divulgação de informações e de conhecimentos por meio de livros, periódicos, cartilhas e folhetos disponíveis em seu portal na internet. Lançou também duas novas publicações:

- Utilização do Sistema Público de Saúde por Beneficiários da Saúde Suplementar – publicação inédita lançada em dezembro de 2014. Apresenta um perfil dos usuários e dos procedimentos realizados por beneficiários de planos de saúde no SUS.
- Guia Técnico de Boas Práticas Regulatórias - Orientações técnicas para o aprimoramento do processo regulatório, que tem como perspectiva promover a melhoria da qualidade regulatória na ANS, trazendo como eixo a ser trabalhado a Governança Regulatória, baseada em Boas Práticas, sob a forma de orientações básicas para os procedimentos relacionados ao fluxo regulatório.

Muitas das publicações da ANS também são impressas. A seguir, são elencadas as publicações periódicas que são utilizadas como referência para os dados do setor.

- **Caderno de Informação da Saúde Suplementar** - publicado desde março de 2004, tem periodicidade trimestral. Apresenta um panorama dos dados de beneficiários, operadoras, planos de saúde, da utilização de serviços e é referência para os dados do setor.
- **Foco Saúde Suplementar** - criado em março de 2012. Apresenta números do mercado, buscando oferecer, a cada trimestre, um retrato do setor de fácil compreensão visual.
- **Mapa Assistencial** - lançado em outubro de 2012, com periodicidade semestral. Divulga os dados da assistência prestada pelos planos de saúde, como por exemplo, internações, consultas e exames.
- **Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar** - publicado desde setembro de 2009, tem periodicidade trimestral. Apresenta a evolução trimestral dos aspectos econômico-financeiro e patrimonial das operadoras, além de suas garantias financeiras, segmentadas por modalidades. O Prisma é referência para dados econômico-financeiros do setor.
- **Painel de Precificação de Planos de Saúde** – lançado em agosto de 2013, com periodicidade anual. Traz 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.
- **Atlas ANS** - 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.

/ Principal / Materiais publicados

Materiais publicados

- Livros
- Periódicos
- Folhetos e Cartilhas
- Trabalhos Acadêmicos
- Relatórios de Gestão da ANS

Materiais publicados



Livros

Publicações da ANS e colaboradores sobre o setor de saúde suplementar.



Periódicos

Publicações periódicas com números e informações do setor de saúde suplementar.



Folhetos e Cartilhas

Informativos com orientações sobre o setor de planos de saúde para o consumidor e o mercado.



Trabalhos Acadêmicos

Trabalhos acadêmicos com temáticas de interesse para a saúde suplementar.



Relatórios de Gestão

Confira os relatórios de gestão da ANS.

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 os 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. Desde 2012, a carta é atualizada periodicamente no portal da ANS.

/ Principal / A ANS / Carta de Serviços

Quem Somos
Ouvidoria
Eventos
Notícias ANS
Concursos Públicos
Licitações
Transparéncia Institucional
Nossos Endereços
Carta de Serviços
Comissão de Ética

Carta de Serviços

Conheça aqui os serviços e produtos que a ANS oferece, divulgados de acordo com a metodologia recomendada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Filtro por primeira letra

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

Filtro por público alvo:

Selecione...

[Topo](#)

A

Acesso aos ofícios de notificação e aos comunicados por operadora do Programa do Monitoramento da Garantia de Atendimento (PMGA)

Alteração de dados no registro de produtos

Análise da contratualização entre operadoras e prestadores de serviços de saúde

Análise dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças

Articulação com órgãos e entidades de defesa do consumidor

Assessoria de Imprensa

Atendimento às demandas de informação à Central de Relacionamento da ANS

7.10 Produção de seminários para a imprensa

A imprensa continua sendo um dos principais canais de comunicação no Brasil e no mundo, por 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 da imprensa um poderoso canal de disseminação de informações.

Por este motivo, desde 2012 a ANS realiza seminários para a imprensa com o objetivo de aperfeiçoar o conhecimento dos jornalistas sobre as atividades da Agência e do setor de saúde suplementar e, por consequência, de zelar pela informação que chega ao consumidor final, contribuindo para uma boa comunicação da instituição com seus públicos.

Em 2014, foram realizados dois seminários para a imprensa e, internamente, sete turmas de gestores da Agência receberam treinamento sobre a comunicação com a imprensa, o chamado *media training*.

7.11 Lei de Acesso à Informação

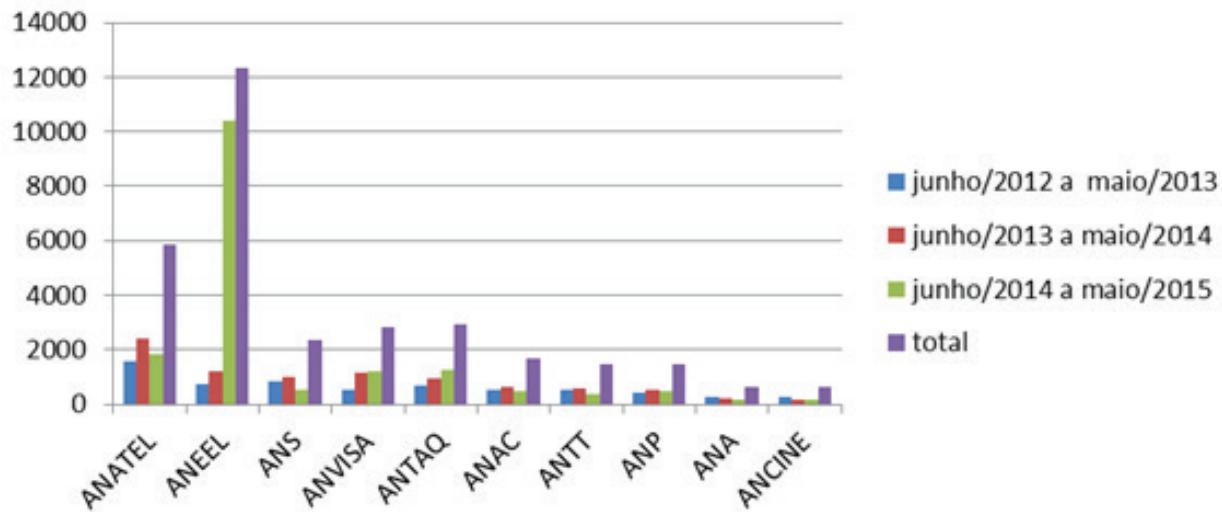
A Lei nº 12.527/2011, Lei de Acesso à Informação (LAI), regulamentou o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações e abrange os três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A publicação da Lei de Acesso à Informações representou um importante passo para a consolidação democrática do Brasil e também para a melhoria da gestão pública, à medida em que permite uma maior participação popular e viabiliza o controle social das ações governamentais. A Lei garante a democratização do acesso à informação e a transparéncia governamental; a redução da assimetria de informação na área de saúde suplementar; o estímulo ao monitoramento da qualidade dos serviços e políticas públicas; e a melhoria do suporte à tomada de decisão da Agência e à avaliação do cidadão.

O Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) permite que qualquer pessoa, física ou jurídica, por meio de ferramenta eletrônica, encaminhe pedidos de acesso à informação, acompanhe os prazos, receba a resposta da solicitação realizada para órgãos e entidades do Executivo Federal e interponha recursos.

A partir da implementação da LAI, a Agência trabalha para: i) a melhoria do registro e gestão dos documentos e das informações produzidas e custodiadas pela Agência, permitindo maior efetividade no fluxo dos pedidos de acesso à informação, e ainda, contribuindo para a preservação da memória documental da ANS; ii) a ampliação da seção “transparéncia ativa”, com o detalhamento das informações relativas aos temas mais demandados; iii) a identificação e classificação de informações sigilosas no momento de sua produção; iv) o tratamento adequado? dos dados pessoais; v) a capacitação de todos os servidores diretamente envolvidos com a LAI (reuniões internas e cursos sobre o tema); vi) a sistematização da distribuição e do controle dos pedidos de acesso à informação; e a estruturação da equipe de monitoramento do Serviço de Informação ao Cidadão.

De junho de 2012 (primeiro mês inteiro de vigência da LAI) a maio de 2015, a ANS recebeu 2.381 demandas por meio do SIC, o que a posiciona entre as cinco agências reguladoras federais com maior número de demandas.

Demandas por Agência Reguladora (junho 2012 a maio 2015)



Fonte: http://www.acessoainformacao.gov.br/sistema/site/relatorios_estatisticos.html

Nos dois primeiros anos de vigência da LAI, houve aumento de aproximadamente 13% no número de demandas da ANS, que passou de 865 para 977, no período de junho de 2013 a maio de 2014. Em relação ao período de junho de 2014 a maio de 2015, houve redução de aproximadamente 45% no número de demandas da ANS, que passou de 977 para 539.

Tal redução poderia ser atribuída à melhoria da transparência ativa da Agência, que remodelou o portal eletrônico e aperfeiçoou a busca pela informação no mesmo, bem como, possivelmente, pelo melhor acesso do consumidor aos canais de atendimento da Agência.

Todas as demandas recebidas pela ANS, considerando os períodos mencionados, foram respondidas no tempo médio de aproximadamente seis dias. A título de comparação, no mesmo período, o tempo médio de resposta das demais agências reguladoras foi de aproximadamente 12 dias.

No período de junho de 2012 a maio de 2015, 83 demandas tiveram o seu prazo de resposta inicial prorrogado (3,49%).

Em 2014, foi elaborada minuta de revisão da RN nº 298, de junho de 2012, que institui o SIC na ANS, a qual foi encaminhada às áreas técnicas, bem como foi realizada reunião sobre o tema, para atualização e esclarecimento de dúvidas sobre as respostas às demandas. Foi elaborado também o Guia de Boas Práticas Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão E- SIC/ANS, com o seguinte objetivo: sintetizar os conceitos mais importantes da legislação de Acesso à Informação, assim como esclarecer as dúvidas mais comuns sobre a matéria, contribuindo para a consolidação dos entendimentos e a redução de assimetria de informação.

III – DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA

No âmbito da gestão interna, a ANS publicou sua Política de gestão de riscos, elemento fundamental para a construção da governança corporativa; continuou a implementação de ferramentas de Governança Regulatória; e inovou ao adotar o planejamento estratégico participativo. Lançou o seu primeiro programa interno de Sustentabilidade Socioambiental e ampliou as oportunidades de discussão interna no Espaço Aberto.

1. POLÍTICA DE GESTÃO DE RISCOS

A estruturação da gestão de riscos na ANS foi conduzida a partir de novembro de 2012, ocasião em que o Tribunal de Contas da União (TCU) encaminhou questionários para avaliar a maturidade em gestão de riscos de 66 entidades da administração indireta da União.

Entre os principais referenciais teóricos da gestão de riscos destacam-se as normas ABNT NBR ISO 31000:2009 e 31010:2012 e a obra Gerenciamento de Riscos Corporativos, publicada pelo *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO), os quais incentivam as organizações a publicarem políticas de gestão de riscos.

A proposta de uma política de gestão de riscos para a Agência foi aberta à discussão por meio da Consulta Interna nº 12, de 2013, com o intuito de obter contribuição dos seus servidores. A partir da consulta, foi elaborada e aprovada a Política de gestão de riscos da ANS, publicada através da Resolução Administrativa nº 60, de 15 de julho de 2014, que entrou em vigor em 12 de janeiro de 2015.

No decorrer de 2014, foram planejadas e concluídas ações importantes, entre as quais destacam-se a publicação da Política de gestão de riscos e a realização do Seminário de gestão de riscos para os servidores da ANS, no qual a Política foi apresentada e palestrantes de organizações renomadas expuseram suas experiências sobre o assunto nos setores público e privado. Em outubro de 2014 e em janeiro de 2015, a ANS capacitou seus gestores em gestão de riscos, em curso ministrado por instrutora do TCU. Foram capacitadas quatro turmas, que contaram com a presença de aproximadamente 100 gestores/servidores.

Cartilha de gestão de riscos



A ANS lançou no Seminário de gestão de riscos cartilha para divulgação de sua Política, em uma linguagem simples e didática, com informações sobre a aplicação da gestão de riscos no ambiente institucional. A cartilha explica como é realizado o processo de gestão de riscos de riscos e as diretrizes adotadas para sua implantação na Agência.

Seminário de gestão de riscos da ANS

O Seminário de gestão de riscos da ANS apresentou a Política da Agência para o tema e contou com a presença de palestrantes dos setores público e privado. Foram apresentadas no Seminário as experiências em gestão de riscos do Tribunal de Contas da União, Banco Central, Tesouro Nacional, Hospital Sírio Libanês, FENASAUDE, Bradesco Saúde, Instituto de Auditores Internos do Brasil, além do escritor e comandante de embarcação Amyr Klink. Os dois dias de Seminário contaram a participação de aproximadamente 300 pessoas, entre servidores e colaboradores da ANS, bem como servidores de outros órgãos, tais como Tribunal Regional Eleitoral/RJ, ANCINE, Casa Civil da Presidência da República, FIOCRUZ, VALEC, FUNARTE e Casa de Rui Barbosa.

Projeto piloto

De dezembro de 2014 a março de 2015, foi realizado o Projeto piloto de implantação da gestão de riscos na Coordenadoria de Recursos da Diretoria Colegiada (COREC). Foram efetivadas as seguintes etapas do processo de gestão de riscos: estabelecimento do contexto, comunicação e consulta, identificação, análise e avaliação de riscos. Foi elaborado o relatório final do Projeto piloto e um Plano de tratamento de riscos, os quais serão apresentados à Diretoria Colegiada da ANS.

Comitê de Avaliação de Riscos – COMARI

Para efetiva divulgação, implementação e disseminação da Política de gestão de riscos da ANS foi criado, através do artigo 17 da RA nº 60, de 2014, o Comitê de Avaliação de Riscos (COMARI).

O COMARI é uma instância de caráter consultivo, sob coordenação da Presidência da ANS, que tem as seguintes atribuições: supervisionar, coordenar, estabelecer prioridades e propor modificações e melhorias na política de gestão de riscos; estabelecer e promover metodologia de divulgação das informações da política de gestão de riscos; revisar e aprovar termos e classificações utilizados na política de gestão de riscos; promover, fomentar e recomendar estudos relacionados à avaliação de riscos; identificar, propor e coordenar modificações necessárias ao sistema de informação da gestão de riscos; e propor padrões e metodologias para melhorar os processos de avaliação de riscos no âmbito da ANS.

Próximas etapas

As próximas etapas da implantação da gestão de riscos na Agência são a designação dos membros do COMARI e a capacitação dos agentes de risco nas Ferramentas de Avaliação de Riscos, conforme estipulado na ISO 31010. A partir daí, será implementado o Plano de gestão de riscos. Com as informações disponibilizadas pelos Mapas de Riscos, serão elaborados relatórios, os quais serão apresentados à Diretoria Colegiada para deliberação quanto aos riscos que terão prioridade de tratamento na ANS.

A seguir é apresentado o histórico das ações para a implantação da gestão de riscos na Agência até 2014 e o planejamento para 2015:



2. GOVERNANÇA REGULATÓRIA

A Governança Regulatória está relacionada com as regras e as práticas que regem o processo regulatório, a sistemática de interação entre os atores envolvidos e o desenho institucional no qual estão inseridas as Agências Reguladoras, bem como os meios e instrumentos utilizados pelos reguladores em prol de uma regulação eficiente, transparente e legítima.

O conceito de Governança Regulatória adotado pela ANS teve como base os conceitos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), traduzindo-se na busca de autonomia, transparência e controle social, responsabilização (*accountability*) e aprimoramento das ferramentas regulatórias e institucionais, visando à melhoria da qualidade regulatória e ao aprimoramento da gestão institucional da ANS. A concepção de qualidade regulatória é traduzida em diferentes conceitos e expressões, a exemplo de: Melhoria Regulatória; Governança Regulatória; e Boas Práticas Regulatórias.

No âmbito da ANS, em 2014, foi definida proposta de critérios para estudos de impacto regulatório e de ampliação da participação social, entre outras ações, conforme previsto na Agenda Regulatória. Foram realizadas 10 reuniões com o Grupo Executivo e também consultas dirigidas a 159 servidores capacitados em Análise de Impacto Regulatório (AIR) e aos gestores de cada Diretoria, ao longo do ano.

A AIR está em fase de implementação, 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 sobre o problema regulatório a ser enfrentado. Além disso, estimula a definição dos objetivos da regulação e opções a serem consideradas na resolução do problema de política pública. 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 2014, foi desenvolvida ferramenta de análise baseada em metodologia multicritério, com a identificação de critérios para a avaliação das consequências de cada opção regulatória formulada para a solução de problemas identificados no setor, denominada análise intermediária, levando-se em consideração tanto a sustentabilidade do setor quanto os benefícios e riscos à qualidade de vida dos cidadãos.



Também em 2014, foi publicado no portal da ANS o Guia de Boas Práticas Regulatórias, elaborado sob a perspectiva de ser um orientador para as equipes técnicas em suas atividades de elaboração regulatória, contendo orientações básicas para os procedimentos relacionados ao fluxo regulatório, para que este se torne cada vez mais eficiente e transparente.

3. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO

Ao longo de 2014, foi desenvolvido o Planejamento Estratégico Participativo, com uma metodologia inovadora: a Investigação Apreciativa.

A inspiração para a escolha dessa metodologia foi o resultado da Pesquisa de Clima Organizacional realizada em 2013, debatida no âmbito do planejamento da Presidência da ANS e do Comitê Executivo de Clima Organizacional. A iniciativa, considerando as participações presenciais, campanhas e membros associados à Comunidade na Intranet Colaborativa, alcançou por volta de 200 servidores e colaboradores.

As duas primeiras etapas - da *Apreciação e Descoberta* e das *Aspirações e Desejos* - foram implementadas por meio de entrevistas, entre maio e junho de 2014, utilizando questões positivas e colocações afirmativas, feitas junto a grupos que foram se formando em toda a organização. Na busca da essência positiva das organizações, compartilharam-se histórias e melhores práticas. As esperanças e sonhos para a organização, do âmbito micro ao macro, foram externadas no momento de projetar a organização para delinear aspirações e desejos para o futuro. A partir das narrativas das histórias e das análises obtidas nas entrevistas, foram criadas as imagens de futuro e propostas de visão estratégica da organização, que foram submetidas à apreciação dos diretores da Agência.

As tecnologias de facilitação de comunicação e compartilhamento foram utilizadas intensivamente de forma a estimular a participação de todos. Na fase da campanha, foi solicitado aos servidores/colaboradores que informassem como era a atividade antes da mudança sugerida (a boa prática em questão); e que descrevessem a efetivação da prática: como foi realizada, com quem e como ocorreu e quais foram os resultados alcançados e o atendimento às expectativas. Também era perguntado como a prática poderia ser implementada no cotidiano da Agência e, por fim, se gostariam de indicar alguém para participar com uma boa prática.

Em agosto de 2014, foi realizada oficina de planejamento estratégico com os cinco Diretores da ANS, quando foram revistos os seguintes elementos estratégicos: missão, visão e valores; iniciativas estratégicas do Objetivo Estratégico 13 (Ministério da Saúde/ANS) e eixos direcionais do mapa estratégico/contrato de gestão. Os eixos da Agenda Regulatória também foram revisitados, inclusive no que diz respeito à lógica de sua construção e aos desafios a serem vencidos.

Com o intuito de construir o novo mapa estratégico, foram realizadas quatro oficinas, em setembro, com debates e formulações coletivas, tendo em vista o horizonte temporal de três anos (2015-17). A terceira etapa - de *Delineamento e Desenho* - está em curso.

As oficinas tinham como objetivo:

- Revisão dos Objetivos Estratégicos – os objetivos puderam ser excluídos ou alterados; novos objetivos foram construídos, com base em consensos. Partiu-se da premissa de que os objetivos são os elos entre as diretrizes e o referencial estratégico da organização, permitindo o cumprimento da missão e o alcance da visão.
- Reflexão e proposição sobre metas para alcance dos objetivos – questionando quais são os nossos desafios e conquistas, para atingir os alvos almejados (objetivos). As metas devem ser quantificáveis e representam o estado futuro de desempenho desejado, devendo também ser específicas, exequíveis e relevantes. Serão construídos indicadores para o acompanhamento do alcance das metas que devem demonstrar a intenção dos objetivos.
- Formulação de Iniciativas Estratégicas – conjunto de ações que possam preencher as lacunas entre a situação atual e a desejada. Trata-se de programas, projetos ou processos estratégicos.

Todo o processo de revisão do mapa estratégico foi realizado tendo por base a missão, a visão e os valores da ANS, cuja reformulação foi construída a partir das contribuições dos servidores que participaram das oficinas de Investigação Apreciativa, no primeiro semestre, balizada pelo olhar dos Diretores, em oficina realizada em agosto de 2014.

O Mapa Estratégico foi revisto e, após as oficinas, foi construído novo mapa, com os nexos causais entre os objetivos bem demarcados, mediante setas. Também foram retirados os marcadores dos objetivos por diretorias, uma vez que se busca a integração institucional e as metas e iniciativas foram construídas em conjunto por servidores e gestores da ANS.

No momento está em construção a proposta do novo contrato de gestão, com a inovação do horizonte temporal, para o triênio 2015-17 e a discussão da nova Agenda Regulatória, tendo como base os objetivos estratégicos, as metas e as iniciativas estratégicas.

4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL



O Ministério do Meio Ambiente lançou e implementa, desde 1999, a Agenda Ambiental para a Administração Pública (A3P). A A3P é uma ação voluntária que busca a adoção de 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: Planejamento, Meio Ambiente, 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 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.

As ações a seguir, adequadas às boas práticas de sustentabilidade socioambiental, já foram incorporadas na gestão da ANS: 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; coleta seletiva; criação da área de convivência; campanhas de sensibilização dos servidores; criação do Espaço Livre de Leitura; implantação da articulação das ações do PLS com as ações do Programa de Qualidade de Vida da ANS, voltado para a melhoria da qualidade de vida dos servidores da ANS. Em 2014, assinou-se um Acordo de Cooperação Técnica com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que possui experiência consolidada na implementação do Plano de Logística Sustentável e nas ações a ele relacionadas; inseriu-se slogan eletrônico nos e-mails da ANS - “antes de imprimir pense na responsabilidade e compromisso com o meio ambiente”; realizou-se a primeira licitação verde, em fase de homologação; e incentivou-se o transporte alternativo e a realização de atividades físicas, com a implantação do bicicletário da ANS.

As ações citadas foram concluídas no ano de 2014. Os projetos de sustentabilidade iniciados em 2013 e 2014 continuam a ser efetivados em 2015.

5. UM ESPAÇO ABERTO PARA A INTERAÇÃO E O CONHECIMENTO



O Espaço Aberto é realizado desde junho de 2006, tendo alcançado amadurecimento institucional ao longo do tempo, inclusive com o reconhecimento e participação espontânea de integrantes de todas as áreas da Agência, bem como presença na intranet, sendo a comunidade com maior número de participantes desde a implementação da intranet colaborativa da ANS.

Os encontros do Espaço Aberto começaram restritos a uma gerência, que convidava técnicos da Agência para explicar processos de trabalho, sistemas de informação e normas recém-publicadas. Depois, se estendeu para uma diretoria e, como a participação de técnicos das demais diretorias começou a ser frequente, foi aberta participação para toda a Agência.

As reuniões são periódicas, com duração de até 60 minutos, e se caracterizam pela pluralidade de temas abordados e pelo desejo de compartilhar experiências, *expertises*, práticas e visões uns com os outros. Tem como características a participação ativa dos servidores, a flexibilidade nos assuntos abordados e a colaboração mútua entre os envolvidos. O Espaço Aberto tem se revelado propício para o aprimoramento das equipes e para a aproximação das pessoas, a partir de uma melhor compreensão do que cada um faz, demanda e oferece, com uma consequente humanização nas relações de trabalho, e melhoria na qualidade dos serviços realizados.

Em 2014, o Espaço Aberto realizou 24 encontros com 845 participações, conforme disposto a seguir.

Encontros Espaço Aberto (2006-2014)

Ano	Encontros	Participações
2014	26	845
2013	23	894
2012	3	100
2011	16	445
2010	20	652
2009	29	821
2008	34	Não eram registradas
2007	29	Não eram registradas
2006	14	Não eram registradas

ANEXO

1. RESOLUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2014

Nº RN	Data DOU	Assunto
345	24/02/2014	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituído pela 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.
346	03/04/2014	REVOGADA Institui o Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (COBOP) no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
347	04/04/2014	Dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.
348	11/04/2014	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela 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.
349	12/05/2014	Altera a RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o tratamento antineoplásico de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia de que trata a Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013.
350	20/05/2014	Altera as Resoluções Normativas nº 267, de 24 de agosto de 2011 que Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar e a Resolução Normativa nº 275, de 01 de novembro de 2011 que dispõe sobre a instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS) e revoga a Instrução Normativa nº 48 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, de 10 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o regimento interno do Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar (COGEPS).
351	17/06/2014	Define critérios para a suspensão da exigibilidade de créditos da Agência Nacional de Saúde Suplementar pelo depósito judicial de seu montante integral diretamente comunicado à ANS pela operadora de planos de saúde depositante; altera a RN nº 04, de 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a ANS, além do resarcimento ao SUS; e revoga o inciso IV do art. 70 do Regimento Interno da ANS, instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009.
352	02/07/2014	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela 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.

continua

continuação

Nº RN	Data DOU	Assunto
353	29/07/2014	Altera a Resolução Normativa n.º 237, de 21 de outubro de 2010.
354	26/08/2014	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela 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.
355	15/09/2014	Altera a Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar e a Resolução Normativa nº 311, de 1º de novembro de 2012, que estabelece critérios mínimos para o exercício de cargo de administrador de operadora de planos privados de assistência à saúde, disciplina o procedimento para o seu cadastramento junto à ANS e dá outras providências.
356	06/10/2014	Altera 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 89, de 15 de fevereiro de 2005, que dispõe sobre a Arrecadação de Receitas da ANS, e a RN nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.
357	20/10/2014	Altera a Resolução Normativa nº 48, de 19 de setembro de 2003, que dispõe, em especial, sobre o processo administrativo sancionador.
358	01/12/2014	Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.
359	01/12/2014	Altera a Resolução Normativa nº 190, de 30 de abril de 2009 que dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS) referente aos eventos prestados aos beneficiários de planos privados de saúde.
360	04/12/2014	Estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.
361	04/12/2014	Altera os §§ 1º e 2º do art. 3º; altera o caput e o § 2º do art. 26; acrescenta os §§ 3º a 5º no art. 3º; e revoga o § 1º do art. 26; todos da Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB/ANS).

continua

continuação

Nº RN	Data DOU	Assunto
362	22/12/2014	Altera a Resolução Normativa nº 171, de 29 de abril de 2008, que dispõe, em especial, sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde; e dá outras providências.
363	12/12/2014	Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde.
364	12/12/2014	Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
365	12/12/2014	Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.
366	16/12/2014	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. Tema(s): Agência Nacional de Saúde Suplementar.
367	19/12/2015	Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR

2. INSTRUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2014

Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
1 DICOL	10/02/2014	Regulamenta o inciso VI e o § 1º do art. 4º da RN nº 323, de 3 de abril de 2013, para dispor sobre o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias das operadoras de planos privados de assistência à saúde.
44 DIPRO	14/02/2014	Institui o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE) no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
45 DIPRO	06/10/2014	Altera a IN nº 23, de 1º dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), que dispõe sobre os procedimentos de Registro de Produtos; e revoga a IN nº 40, de 27 de agosto de 2012, também da DIPRO.
46 DIPRO	06/10/2014	Dispõe sobre as solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, altera a IN/DIPRO nº 43, de 5 de junho de 2013, e a IN/DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009.
53 DIDES	14/11/2014	Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2014, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, Componente Operadoras, da ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da RN nº139, de 24 de novembro de 2006.

continua

continuação

Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
54 DIDES	01/12/2014	Dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de resarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na RN nº 358, de 27 de novembro de 2014.
55 DIDES	04/12/2014	Altera o caput do art. 32 e o anexo I, e revoga o § 1º do art. 32, todos da IN nº 50, de 25 de setembro de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB/ANS).
47 DIPRO	08/12/2014	Altera a IN nº 13, de 21 de junho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), que define os procedimentos da comunicação dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, contratados por pessoa jurídica, independentemente de sua segmentação e da data de contratação.
56 DIDES	12/12/2014	Regulamenta a RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.
2 Diretoria Colegiada	19/12/2014	Regulamenta o inciso VI e o § 1º do art. 4º da Resolução Normativa - RN nº 323, de 3 de abril de 2013, para dispor sobre o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias das operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga a Instrução Normativa nº 1, de 7 de fevereiro de 2014, da Diretoria Colegiada - DICOL.

Veja o endereço da ANS mais próximo de você:

Núcleo	Endereço	Abrangência
Belém I 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 I 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 I DF	SAS Quadra 1, lote 2, Bloco N, 1º andar Ed. Terra Brasilis CEP: 70070-941	Distrito Federal, Goiás e Tocantins
Cuiabá I MT	Av. Historiador Rubens de Mendonça, 1894 Salas 102,103 e 104 - Centro Empresarial Maruanã Bairro Jardim Aclimação CEP: 78050-000	Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia
Curitiba I PR	Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 373 Conjunto 902 Bairro Centro CEP: 80410-180	Paraná e Santa Catarina
Fortaleza I CE	Av. Dom Luís, 807, 23º pavimento Edifício Etevaldo Nogueira Business Bairro Meireles CEP: 60160-230	Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte
Porto Alegre I RS	Rua dos Andradadas, 1001 19º andar, Conjunto nº1902 Edifício GBOEX Centro CEP: 90020-015	Rio Grande do Sul
Recife I PE	Rua General Joaquim Inácio, 830 – 10º andar – Empresarial The Plaza – Bairro Paissandu – Recife – Pernambuco – CEP: 50070-495	Alagoas, Paraíba e Pernambuco
Ribeirão Preto I SP	Av. Presidente Vargas, nº 2121, 2º Andar, Sala 203 Jardim Santa Ângela CEP: 14020-525	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 I RJ	Av. Augusto Severo, 84, térreo Ed. Barão de Mauá Bairro Glória CEP: 20021-040	Rio de Janeiro
Salvador I BA	Av. Antonio Carlos Magalhães, 771, Salas 1601-1604 e 1607-1610 Edifício Torres do Parque Bairro Itaigara CEP: 41.825-000	Bahia e Sergipe
São Paulo I SP	Av. Bela Cintra, 986, 9º 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



ans.reguladora



@ANS_reguladora



ansreguladora