

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Relatório de Atividades 2016





Relatório de Atividades 2016

Diretoria Colegiada da ANS em 2016:

José Carlos de Souza Abrahão

Diretor-Presidente a partir de 16/06/2015

Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos de 12/01/2015 a 1º/06/2016

Diretor de Gestão a partir de 02/06/2016

Leandro Reis Tavares

Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras de 19/08/2013 a 25/04/2016

Simone Sanches Freire

Diretora de Fiscalização a partir de 16/05/2014

Diretora Interina de Normas e Habilitação das Operadoras de 09/05/2016 a 21/12/2016

Martha Regina de Oliveira

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

Karla Santa Cruz Coelho

Diretora de Gestão de 17/07/2015 a 1º/06/2016

Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos a partir de 02/06/2016

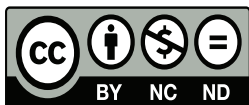
Leandro Fonseca da Silva

Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras a partir de 22/12/2016

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Relatório de Atividades 2016





2017. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

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

Versão *online*

Elaboração, distribuição e informações

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20.021-040

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel.: +55(21) 2105-0000

Disque ANS 0800 701 9656

www.ans.gov.br

www.facebook.com/ans.reguladora

www.twitter.com/ANS_reguladora

www.youtube.com/ansreguladora

www.slideshare.net/ans_reguladora

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

Organização

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

Projeto Gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Normalização

Biblioteca/CGECO/GEQIN/DIRAD/DIGES

Ficha Catalográfica

A 265r

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).

Relatório de atividades 2016 [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2017.

4.3 MB; ePUB.

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

CDD 352.806

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Valores dos atendimentos cobrados (por ano)	36
Gráfico 2 - Valores encaminhados à Dívida Ativa (por ano)	36
Gráfico 3 - Número de visitas ao portal da ANS (2011-2016)	40
Gráfico 4 - Visitas por meio de dispositivos móveis (2011-2016)	40
Gráfico 5 - Índice de Resolutividade por Natureza NIP e Resolutividade Total por ano de atendimento - 2012 a 2016	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Direções Fiscais, 2000 a 2016	31
Tabela 2 - Liquidações Extrajudiciais, 2000 a 2016	32

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
I - BREVE BALANÇO DE 2016	13
II - PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS EM 2016	17
1. ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL	17
1.1 Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	17
1.2 Medida cautelar de proteção ao consumidor: Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento	17
1.3 Monitoramento do Risco Assistencial	19
1.4 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – PROMOPREV	19
1.5 Projeto Parto Adequado	19
1.6 Projeto Idoso Bem Cuidado	21
1.7 Projeto OncoRede	22
1.8 Projeto Sorrir	23
1.9 Aperfeiçoamento da avaliação da qualidade dos prestadores	24
1.10 Compra online de planos de saúde	26
1.11 Contratação de planos coletivos por microempreendedor	27
1.12 Coparticipação e franquia	27
1.13 Nova regra para o pedido de cancelamento de plano de saúde	27
2. SUSTENTABILIDADE DO SETOR	28
2.1 Governança Corporativa	28
2.2 Acompanhamento Econômico-Financeiro	28
2.3 Comunicado sobre ativos garantidores	29
2.4 Atualização das normas econômico-financeiras	29

2.5 Monitoramento dos Regimes Especiais	30
2.6 IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2016	32
2.7 Fator de Qualidade - Regras para reajustes de contratos entre operadoras e hospitais	33
2.8 Pesquisa sobre preços de órteses e próteses - preços dos Dispositivos Médicos Implantáveis (DMIs)	34
3. INTEGRAÇÃO COM O SUS	35
3.1 Ressarcimento ao SUS	35
3.2 Consulta sobre Ressarcimento ao SUS no portal da ANS na internet	37
4. ACESSO À INFORMAÇÃO	37
4.1 Transparência da Informação - Área exclusiva no portal das operadoras	37
4.2 Nova consulta sobre planos de saúde no portal da ANS	38
4.3 Ampliação do acesso a informações sobre uso e custos de procedimentos	38
4.4 Sala de Situação	39
4.5 Portal da ANS na internet	39
4.6 1º Hackathon ANS: projetos inovadores e utilizáveis	40
4.7 Plano de Dados Abertos da ANS	41
4.8 Publicações	42
5. PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ARTICULAÇÃO SETORIAL	46
5.1 Câmara de Saúde Suplementar	46
5.2 Câmaras e Grupos Técnicos	47
5.3 Consultas e Audiências Públicas	47
5.4 Participação em Audiências Públicas no Poder Legislativo Federal	48
5.5 Grupos de Trabalho em articulação com o Poderes Executivo e Judiciário	48
5.6 Cooperação técnica com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ).	49

6. FISCALIZAÇÃO	49
6.1 Implementação da RN nº 388, de 2015	50
6.2 Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)	50
6.3 Canais de Relacionamento com o Consumidor	51
6.4 Central de atendimento para deficientes auditivos	52
6.5 Boletim em parceria com a Secretaria Nacional do Consumidor	52
6.6 Critérios de seleção de operadoras que serão objeto do segundo ciclo da Intervenção Fiscalizatória	53
6.7 Novas regras para qualificar o atendimento das operadoras	54
6.8 Entendimentos da Diretoria de Fiscalização disponíveis para consulta	54
6.9 Debates Fiscalizatórios	54
III - DESTAQUES DA GESTÃO INSTITUCIONAL	55
ANEXO	59

APRESENTAÇÃO

O Relatório Anual de Atividades tem o objetivo de prestar contas à sociedade das principais atividades realizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 2016.

Seu conteúdo é organizado em três partes e um anexo. A primeira parte apresenta um breve balanço do ano de 2016, com os números do setor e os principais avanços realizados no período. Na sequência, são destacadas as principais ações realizadas em 2016, organizadas em campos de atuação: Acesso e Qualidade Assistencial, Sustentabilidade do Setor, Integração com o SUS, Acesso à Informação, Participação Social e Articulação Setorial e Fiscalização.

Na terceira parte, são apresentados alguns destaques da gestão institucional da Agência, lembrando que os 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 e as Instruções Normativas publicadas pela Agência em 2016.

A quase totalidade do conteúdo utilizado neste relatório está disponível no portal da ANS na internet, inclusive nos Relatórios de Atividades das suas Diretorias. Destaque-se também que este documento não esgota todas as atividades da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2016.

I - BREVE BALANÇO DE 2016

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é a agência reguladora dos planos privados de saúde no Brasil e atua na regulação, normatização, controle e fiscalização deste setor.

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.

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

A Agência regula um setor formado por 819 operadoras médico-hospitalares e 510 exclusivamente odontológicas, com respectivamente, 47,9 milhões de beneficiários em planos de assistência médica (80% coletivos, 20% individuais) e 22 milhões (82% coletivos, 18% individuais) em planos exclusivamente odontológicos. Praticamente um em cada quatro habitantes possui plano de assistência médica no país.

No total, 17.731 planos de assistência médica e 3.881 planos exclusivamente odontológicos estavam em comercialização em dezembro de 2016 e cerca de 126,6 mil estabelecimentos ambulatoriais; 2,4 mil para internação; 18,8 mil serviços de apoio à diagnose e terapia; e 2,1 mil serviços para atendimento à urgência formavam a rede de estabelecimentos de saúde que atendem ao setor.

Além do número expressivo de consumidores, o setor tem relevância econômica para o país: a receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares atingiu R\$ 116,23 bilhões, no terceiro trimestre de 2016 e a despesa assistencial correspondeu a R\$ 100,16 bilhões, com 86,2% de sinistralidade. As operadoras exclusivamente odontológicas apresentaram receita de R\$ 2,09 bilhões, despesa assistencial de R\$ 1,03 bilhão e sinistralidade de 49,1%.

AVANÇOS

A Agência avançou em várias áreas em 2016. Realizou a primeira transmissão ao vivo das reuniões de Diretoria Colegiada, pelo portal da ANS e pelo canal da ANS no *YouTube*. Desde então, as reuniões de Diretoria Colegiada são transmitidas ao vivo, sendo a pauta divulgada com antecedência, incluindo os arquivos dos conteúdos que serão abordados. O vídeo da transmissão e os documentos relacionados permanecem disponíveis no portal e no canal da ANS no *YouTube*. Esse foi um importante passo para a publicidade de suas ações e para a democratização do acesso às propostas e decisões de cada um dos seus cinco diretores.

Houve avanço na revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com a inclusão de 21 procedimentos e ampliação do número de consultas com fonoaudiólogo, nutricionistas, fisioterapeutas e psicoterapeutas. Foi definida também a incorporação extraordinária de exames para detecção de vírus zika para os grupos considerados prioritários.

Em continuidade ao Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, nos meses de março, junho, setembro e dezembro de 2016, a Agência suspendeu a comercialização de 176 planos de saúde,

de 35 operadoras, tendo como base reclamações relativas à cobertura assistencial, como negativas e demora no atendimento, protegendo diretamente 1,4 milhão de consumidores. No período, também foram reativados 124 planos, 30 operadoras tiveram reativação total de planos e nove operadoras com reativação parcial de planos.

A ANS ampliou a cobrança do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade realizados por beneficiários de planos de saúde. Em 2016, a cobrança bateu recorde ultrapassando R\$ 1,1 bilhão. No ano anterior, o valor total foi de R\$ 706,9 milhões. Em percentuais, o crescimento no período foi de 64%.

Foram implementadas as primeiras etapas do Projeto Parto Adequado, destinado a estimular partos normais na saúde suplementar; deu início à implementação do Projeto Idoso Bem Cuidado, visando à melhoria da qualidade da atenção à saúde dos idosos; bem como do Projeto Sorrir, com o objetivo de aperfeiçoar o atendimento a beneficiários de planos de saúde odontológicos.

Em 2016, a Agência divulgou pela primeira vez, uma lista de hospitais que atendem critérios de qualidade, para aferir o padrão de assistência prestada à população. Divulgou também a lista de hospitais que estão sujeitos ao Fator de Qualidade - índice de reajuste aplicável nos contratos entre os estabelecimentos e as operadoras de planos de saúde.

Quanto à avaliação da qualidade dos prestadores, a RN nº 405, de 2016, aperfeiçoou as regras para avaliação da por meio do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, visando maior clareza das informações sobre a qualidade da rede de prestadores.

A ANS ampliou o acesso dos consumidores às informações sobre os diferentes tipos de planos de saúde comercializados no País. Para tanto, foi publicada norma determinando que as operadoras informem aos beneficiários sobre as principais características dos planos coletivo empresarial, coletivo por adesão e individual ou familiar, para que não haja dúvida sobre o produto contratado.

Foi definida nova regra para o pedido de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão, regulamentando as formas de rescisão unilateral dos contratos de plano de saúde a pedido do beneficiário titular.

No que se refere à compra *online* de planos de saúde, a Agência definiu regras que dão mais segurança ao consumidor que decidir contratar um plano de saúde por meio de plataformas digitais, como portais na internet ou aplicativos disponíveis em *smartphones*.

A ANS realizou pesquisa sobre os preços dos Dispositivos Médicos Implantáveis (DMIs) no setor de saúde suplementar. O questionário deu enfoque aos dispositivos endoprótese (vascular) e *stent* farmacológico, e abordou os preços pagos aos fornecedores e hospitais nos estados.

Quanto às normas econômico-financeiras, em dezembro de 2016, a Agência publicou a Resolução Normativa RN nº 418, aperfeiçoando o plano de contas que as operadoras de planos de saúde devem observar. Também foi aprimorada a RN nº 392, sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras de planos de saúde.

No âmbito da fiscalização, destacam-se o conjunto de mudanças introduzidas pela RN nº 395, de 2016, com a obrigatoriedade de canais de atendimento presencial e telefônico e prazos para as operadoras informarem ao consumidor; e a publicação da Instrução Normativa – IN nº 12, de 2016, uniformizando os entendimentos sobre temas relevantes e recorrentes na atividade fiscalizatória.

Em 2016, a Agência recebeu 691,4 mil ligações pelo Disque ANS (com uma capacidade de 180 ligações simultâneas), 25,2 mil demandas pela Central de Atendimento no portal da ANS e 7 mil atendimentos nos Núcleos da ANS no país. Recebeu um total de 369 mil solicitações, sendo 279,2 mil pedidos de informações e 89,7 mil reclamações de beneficiários. Por meio da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, a mediação de conflitos resolveu 88,2% das demandas assistenciais de forma célere, sem necessidade de abertura de um processo sancionador.

A Agência avançou ao adotar uma central para atendimento especializado a deficientes auditivos. Por meio do número 0800 021 2105, o consumidor poderá fazer chamadas gratuitas com o objetivo de esclarecer dúvidas ou registrar reclamações sobre planos de saúde.

No ano, o portal da ANS na internet recebeu quase 6,2 milhões de visitas (4,13% superior ao ano anterior), dos quais cerca de 1,3 milhão por meio de dispositivos móveis (9,25% superior ao número de 2015).

A Agência disponibilizou o aplicativo ANS Móvel, desenvolvido para celulares *smartphones* e *tablets*, permitindo a pesquisa de informações sobre coberturas assistenciais obrigatórias, de acordo com o tipo de plano de saúde contratado, entre outros dados. O portal passou a dispor também de consulta sobre quantidade de procedimentos realizados por médicos, laboratórios, clínicas e hospitais conveniados às operadoras e visualização dos gastos com despesas assistenciais. Outra ferramenta disponível é a Sala de Situação, que permite consultas a dados atualizados mensalmente pela ANS.

Para orientar o consumidor, lançou uma cartilha com informações sobre como adquirir um plano de saúde, e também material com informações para quem deseja manter o plano de saúde oferecido pela empresa quando da aposentadoria ou demissão sem justa causa.

No âmbito interno, a Agência avançou na implementação da Política de Gestão de Riscos da instituição. Em 2016, foram iniciados 21 processos de avaliação de riscos em processos de trabalho priorizados pelas áreas técnicas da Agência. Realizou também capacitação sobre a Lei de Acesso à Informação e está em fase de implementação da Política de Dados Abertos do Governo Federal.

As principais atividades do ano de 2016 são destacadas na próxima seção, lembrando que as ações apresentadas não esgotam as atividades das Diretorias da ANS no período. No portal da Agência na internet, em <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/prestacao-de-contas> são publicados relatórios anuais de atividades e de gestão, e também relatórios por diretoria.

A ANS é dirigida por uma Diretoria Colegiada formada por cinco diretores, sendo um deles o diretor-presidente. 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).

As cinco diretorias da ANS têm como principais atribuições:

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) - planeja, coordena, organiza e controla as atividades de autorização de funcionamento, de transferência de controle societário, de acompanhamento econômico financeiro e dos regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial das operadoras.

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) - planeja, coordena, organiza e controla as atividades de regulamentação, habilitação e acompanhamento dos planos privados de saúde; e as atividades relacionadas à regulação assistencial, incluindo revisão periódica do Rol de Procedimentos, incentivo a programas de promoção da saúde, monitoramento do risco assistencial, regime de direção técnica, monitoramento da garantia de atendimento, definição e monitoramento das políticas de preço, regras de portabilidade de carências e acompanhamento e controle das transferências de carteira de beneficiários.

Diretoria de Fiscalização (DIFIS) - fiscaliza as atividades das operadoras e zela pelo cumprimento das normas do setor. Instaura, instrui e decide em primeira instância processos administrativos, 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.

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 para a inovação do setor e para subsidiar políticas públicas, inclusive ressarcindo os recursos do SUS e contribuindo para a ampliação do 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 aprimoramento internos, visando ampliar a capacidade de governança da ANS, por meio do fomento aos projetos de estudos e pesquisas, do gerenciamento de pessoas, da tecnologia da informação e da execução das atividades administrativo-financeiras.

II – PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS EM 2016

1. ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL

As principais ações relacionadas ao acesso do beneficiário e à qualidade assistencial foram a publicação do novo rol de procedimentos e eventos em saúde; a implementação dos Projetos Parto Adequado, Idoso bem cuidado, Sorrir, e OncoRede; o Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento; a criação de novas regras para o pedido de cancelamento do plano; e a compra *online* de planos de saúde.

1.1 REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

Em janeiro de 2016, passaram a vigorar novas coberturas obrigatórias para os planos de saúde, com a inclusão de 21 novos procedimentos e ampliação do número de consultas com fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta e psicoterapeuta. Em junho de 2016, a ANS definiu a incorporação extraordinária de exames para detecção de vírus zika para grupos considerados prioritários.

O rol de 2018 já está em estudos pelo Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), formado por representantes dos segmentos envolvidos direta ou indiretamente com o setor de planos de saúde, criado para análise das questões pertinentes à cobertura-assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol. A publicação está prevista para o segundo semestre de 2017, após discussão e participação da sociedade.

Em 2016, o COSAÚDE discutiu uma proposta de regulamentação o tema “Junta Médica ou Odontológica”, visando às situações de divergência entre o profissional de saúde e a operadora, no que concerne à realização de procedimentos eletivos. O objetivo da ANS é criar diretrizes para os pontos que geram maior divergência. Os encontros darão subsídio para reunir em 2017, em um único normativo, todas as questões que envolvem a realização destas juntas.

Todas atividades do Comitê estão no portal da ANS na internet, em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comite-permanente-de-regulacao-da-atencao-a-saude-cosaude>.

1.2 MEDIDA CAUTELAR DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR: PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO



Monitoramento da Garantia de Atendimento é o acompanhamento do acesso dos beneficiários às coberturas contratadas com as operadoras, realizado com base nas reclamações recebidas pela ANS. Os motivos analisados para fins de suspensão são: descumprimento dos prazos máximos para marcação de consultas, exames e cirurgias; e critérios relacionados à negativa de cobertura: rol de procedimentos, período de carência, rede conveniada, reembolso e mecanismos de autorização para procedimentos.

Após a apuração dos resultados, a Agência suspende por três meses a comercialização dos planos de saúde das operadoras que foram repetidamente reclamados pelos consumidores (o que aponta reiteração da conduta de não garantia de atendimento aos seus beneficiários), até que as mesmas apresentem melhores resultados. Com a suspensão, as operadoras ficam impedidas de receber novos consumidores nesses planos até comprovarem melhoria da assistência. Para os beneficiários existentes, o atendimento permanece normal.

Se houver melhora no serviço e redução do número de reclamações, as empresas poderão ter a comercialização dos planos liberada no trimestre seguinte. Além da suspensão, as operadoras que negarem indevidamente cobertura podem receber multa que varia de R\$ 80 mil a R\$ 250 mil.

Para a ANS, a medida funciona em dois sentidos: por um lado, obriga as operadoras a melhorarem o atendimento para que voltem a comercializar esses planos para novos clientes; por outro, protege os beneficiários desses planos, já que evita a entrada de novos consumidores enquanto não houver comprovada adequação da assistência.

Desde a criação do programa, em 2011, a ANS realizou 19 trimestres de monitoramento da garantia de atendimento. Em 2016, a Agência suspendeu a comercialização de 127 planos de saúde, a medida protegeu diretamente 1,1 milhão de consumidores.

No portal na internet, em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/monitoramento-de-garantia-de-atendimento>, está disponível consulta do histórico das empresas e de cada ciclo de monitoramento; além de um panorama geral com a situação de todas as operadoras, conforme faixas de classificação.



Para orientar os consumidores, a ANS publicou cartilha sobre os prazos máximos de atendimento na rede credenciada pelas operadoras, com informações importantes sobre a realização de consultas, exames e cirurgias, disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/cartilha_prazos_maximos_de_atendimento.pdf.

1.3 MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

Monitoramento do Risco Assistencial consiste na análise e produção de informações a partir das reclamações dos beneficiários e dos dados encaminhados pelas operadoras aos diversos sistemas de informação da ANS, com o objetivo de acompanhar a evolução da assistência por meio da identificação de indícios de anormalidades e de tendências de melhora, manutenção ou agravamento dos cenários de risco assistencial.

Em dezembro de 2016, com a Resolução Normativa RN nº 416 (e Instrução Normativa IN nº 49), a ANS padronizou as regras para identificar operadoras com indícios de risco assistencial, monitorar a evolução assistencial das operadoras e do setor em geral, e subsidiar ações preventivas e corretivas. Foi publicada também a RN nº 417, com atualização das regras sobre o Plano de Recuperação Assistencial, o regime especial de Direção Técnica e o Programa de Saneamento Assistencial.

O resultado preliminar da avaliação do mapeamento do risco assistencial será publicado no portal da Agência na internet, exclusivamente para cada operadora avaliada. Após, o resultado final da avaliação da operadora será divulgado para consulta pelo público. Conforme a classificação da operadora, a ANS pode adotar medidas administrativas, como realização de visita técnico-assistencial para identificação de anormalidades, suspensão da comercialização de produtos ou o estabelecimento de um Plano de Recuperação Assistencial.

1.4 PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS – PROMOPREV

Desde 2005, o Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PROMOPREV) tem estimulado ações efetivas de atenção centrados na saúde e não na doença. Atualmente são aproximadamente 1,3 mil programas realizados por operadoras, abrangendo cerca de 1,6 milhão de beneficiários. Informações detalhadas sobre o programa estão no portal da ANS, em <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/promoprev>.

Em maio de 2016, a ANS e a Aliança para a Saúde Populacional (ASAP) iniciaram pesquisa para avaliar a abrangência das intervenções de programas de promoção da saúde em empresas brasileiras. A pesquisa é voltada para gestores diretamente envolvidos no desenvolvimento dos programas em empresas com um ou mais programas para os seus funcionários por, pelo menos, 12 meses. O questionário utilizou a ferramenta que avalia a prevenção de doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e condições relacionadas.

1.5 PROJETO PARTO ADEQUADO

A ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, assinaram acordo de cooperação técnica em outubro de 2014, visando intercâmbio e cooperação técnica e operacional para a indução da qualidade dos serviços de atenção à saúde no setor suplementar de saúde.

O Projeto de Indução da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Atenção à Saúde é produto desse acordo e tem como objetivo melhorar tanto a saúde dos indivíduos e populações como a experiência do cuidado (seguro, eficiente, eficaz, a tempo e centrado no paciente). Sua estratégia consiste

em implementar projetos-pilotos centrados na indução de boas práticas, baseados em evidências científicas, favorecendo a produção de saúde e a segurança do paciente.

A primeira iniciativa vinculada ao projeto amplo de indução da qualidade é o Projeto Parto Adequado, a ser implementado em hospitais privados e públicos, na forma de projeto-piloto, para testar estratégias visando à melhoria da atenção ao parto. O projeto busca mudar o modelo de atenção ao parto, promovendo o parto normal, qualificando os serviços de assistência no pré-parto, parto e pós-parto e favorecendo a redução de cesáreas desnecessárias e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado.

A entrega dos resultados está prevista para 2017. O modelo estará disponível para ser adotado por qualquer estabelecimento de saúde que se interessar pela iniciativa. Espera-se identificar ao final do projeto:

- i) modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis e em experiências efetivas na saúde suplementar, que subsidiem a implantação de um novo arranjo organizativo da prestação de serviços de saúde com a mudança de modelo assistencial, orientados para a qualidade, que ofereçam cuidados abrangentes, integrados e apropriados ao longo do tempo; e,
- ii) modelos que favoreçam a sustentabilidade da atenção obstétrica no setor suplementar de saúde, em especial no que se refere a estratégias voltadas para a mudança de financiamento do modelo vigente, que favoreçam a melhoria de indicadores de qualidade de serviços de saúde obstétrica e de segurança do paciente.

Em novembro de 2016, balanço divulgado pelas três instituições indicou que atualmente, 34 hospitais integram a iniciativa, que também conta com o apoio de 18 operadoras de planos de saúde.

A taxa de partos vaginais nos 26 hospitais que fazem parte do grupo piloto, ou seja, que participaram de todas as estratégias adotadas, cresceu em média 76% – 16 pontos percentuais - saindo de 21% em 2014 para 37% ao final do projeto, em 2016. Se considerarmos todos os 35 hospitais que participaram da iniciativa (incluindo os hospitais seguidores e colaboradores), o crescimento médio da taxa de partos vaginais foi de 43% - mais de dez pontos percentuais - passando de 23,8% para 34%.



Em dezembro de 2016, foi divulgada cartilha que detalha o desenvolvimento do Projeto Parto Adequado, disponível em <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/folhetos-e-cartilhas>.

Devido ao sucesso alcançado, a iniciativa será agora expandida para mais 150 hospitais. As conquistas obtidas pelo Parto Adequado foram tão importantes que motivaram a expansão do projeto. Com o aprendizado adquirido, a proposta agora é escolher hospitais que se destacaram para a multiplicação do projeto em 10 diferentes regiões do Brasil, ampliando o alcance das ações em favor da melhoria da atenção ao parto e nascimento no país.

1.6 PROJETO IDOSO BEM CUIDADO



Em 2015, estudo encomendado pela ANS avaliou a adesão ao Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar, sob os seguintes aspectos: o modelo assistencial apresentado pelo Plano de Cuidado para Idosos da ANS; e as operadoras que adotam uma linha de cuidado para idosos. Observou-se que há uma diversidade de modelos em execução, com qualidades distintas e diversos níveis de integração. O material reunido contribuiu para a adoção de novos rumos para a discussão do cuidado ao idoso na saúde suplementar e deixou claro também a existência de um hiato entre a adequação técnica do planejamento assistencial e a articulação da rede assistencial propriamente dita.

Atualmente, 11% da população tem idade superior a 60 anos no Brasil. Estimativas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) apontam para um aumento de cinco pontos percentuais nos próximos 30 anos.

O Projeto Idoso Bem Cuidado nasceu de muito estudo e observação. Surgiu da necessidade de melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde e da necessidade de debater e reorientar os modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar, visando à melhoria da qualidade da atenção e à implementação de estratégias de sustentabilidade do setor.

Envolve instituições parceiras e comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do envelhecimento ativo, da qualidade da atenção à saúde, dos custos e gastos em saúde e da remuneração de prestadores. O modelo de cuidado proposto pela ANS é composto por cinco níveis de cuidado: acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico, cuidados complexos de

curta duração e cuidados longa duração. O maior destaque está nos três primeiros níveis, ou seja, nas instâncias leves de cuidado, pois o reconhecimento precoce do risco reduz o impacto das condições crônicas na funcionalidade do idoso, fazendo com que seja possível monitorar a saúde e não a doença.

A adesão ao projeto é voluntária. Podem participar operadoras e prestadores de serviços de todo o país. Em um primeiro momento, os interessados manifestaram sua intenção de adesão preenchendo um formulário de cadastro e encaminharam à ANS os documentos solicitados. Depois, prestadores e operadoras que manifestaram interesse apresentaram projetos piloto para implementação do modelo seguindo as orientações descritas no Termo de Intenção de Adesão.

Foi criado Grupo Técnico formado por participantes do projeto Idoso Bem Cuidado, o material das reuniões está disponível em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-do-idoso-bem-cuidado>. A Agência também publicou o livro Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor - Projeto Idoso Bem Cuidado, disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_final_livro_idosos.pdf

Em setembro de 2016, a implementação do projeto foi iniciada com a formalização da adesão das operadoras e prestadores de serviço à iniciativa. Ao todo, 64 propostas foram selecionadas de um total de 74 recebidas pela ANS. Inicialmente, o projeto será desenvolvido em forma de experiência piloto. Ao longo de um ano, a ANS irá monitorar e mensurar os resultados da aplicação das medidas de cada participante, e os modelos que se mostrarem viáveis poderão ser replicados para o conjunto do setor, de forma a estimular mudanças perenes no sistema de saúde.

1.7 PROJETO ONCOREDE



Em outubro de 2016, a ANS lançou o projeto OncoRede, elaborado em parceria com institutos de ensino e pesquisa e representantes do setor. O projeto propõe um conjunto de ações integradas capazes de reorganizar, estimular a integração e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica no país. Os resultados esperados com o projeto são um diagnóstico mais preciso da situação atual do cuidado oncológico, o estímulo à adoção de boas práticas na atenção ambulatorial e hospitalar e melhorias nos indicadores de qualidade da atenção ao câncer na saúde suplementar.

São premissas do novo modelo: i) cuidado centralizado no paciente, informação completa e qualificada; ii) *screening* e diagnóstico precoce e de qualidade; iii) articulação da rede de cuidado e acompanhamento do paciente.

As operadoras de planos de saúde e os prestadores (hospitais e clínicas ou instituições de tratamento) enviaram projetos e as propostas selecionadas serão monitoradas ao longo de um ano. Os modelos que se mostrarem viáveis poderão ser replicados para o conjunto do setor, de forma a estimular mudanças sustentáveis no sistema de saúde.



A Agência publicou o livro **Projeto OncoRede**, que aborda estratégias para reorganizar a rede de cuidado integral em oncologia e principalmente, trazer o paciente para o centro do sistema e do cuidado.

Foi criado pela ANS, Grupo Técnico de Oncologia (OncoRede) destinado a discutir a atenção integral em Oncologia na saúde suplementar. O material das reuniões está disponível no portal da ANS em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-oncologia>.

1.8 PROJETO SORRIR



O Projeto Sorrir, lançado em setembro de 2016, visa aperfeiçoar o atendimento prestado pelos planos de saúde odontológicos. A medida estimula as operadoras a implementarem um modelo de cuidado mais qualificado, com foco na prevenção e na valorização das boas práticas. Além de benefícios para os pacientes, a medida resultará em vantagens para operadoras e prestadores, com a redução de custos, utilização de protocolos clínicos e bonificação em indicadores de qualidade.

A adesão é voluntária: as operadoras de planos odontológicos que quiserem fazer parte deverão se inscrever e cadastrar os prestadores interessados. Será implementado ao longo de nove meses e nesse período será acompanhado e monitorado pela ANS. Ao final, será possível mensurar os desfechos obtidos pelos participantes e comparar com os resultados de quem não faz parte da iniciativa.

Em outubro de 2016, a ANS encerrou as inscrições para adesão de operadoras ao Projeto Sorrir, destinado a planos odontológicos. Todas as 40 vagas disponíveis foram preenchidas.

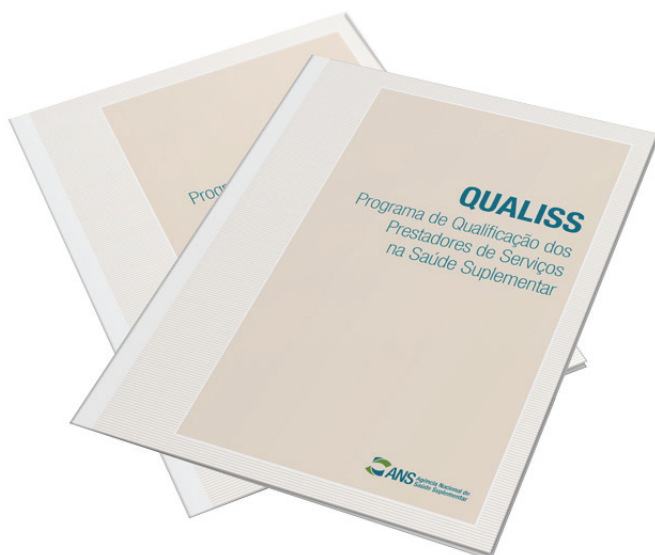
No portal da ANS na internet, em <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-sorrir> está disponível extenso material sobre o Projeto Sorrir.

1.9 APERFEIÇOAMENTO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS PRESTADORES

O Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores e o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores - QUALISS visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar e aumentar a disponibilidade de informações. Consiste no estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar, bem como na forma pelos quais eles são obtidos; na avaliação da qualificação dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar; e na divulgação dos atributos de qualificação.

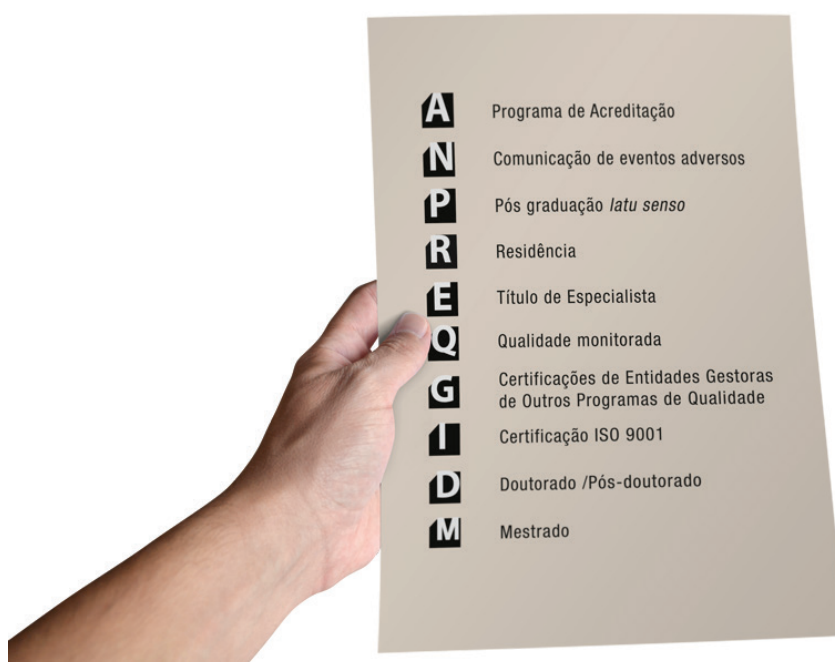
O programa foi regulamentado inicialmente pelas Resoluções Normativas nº 267 e nº 275, ambas de 2011, que instituíram, respectivamente, o Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores e o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores. O programa foi aperfeiçoado em 2013 e 2014. Em maio de 2016, a ANS publicou a RN nº 405, estabelecendo regras que agilizam o ingresso de hospitais, serviços de diagnóstico e profissionais de saúde no Programa e unificam as normas existentes.

A participação de estabelecimentos e profissionais de saúde no QUALISS é voluntária. Para fazer parte do programa, cada prestador deve apresentar um conjunto específico de atributos conforme o tipo de estabelecimento do qual faz parte: hospitais, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais, profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios isolados e prestadores de serviços de hospital-dia isolado. As qualificações obtidas são obrigatoriamente divulgadas pelas operadoras à sociedade, de forma padronizada.



A publicação QUALISS, disponível no portal da ANS na internet, orienta sobre o programa em [http:// www.ans. gov.br/images/ stories/prestadores/qualiss/Cartilha_ Qualiss_Final.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Cartilha_Qualiss_Final.pdf)

Os atributos são instrumentos associados a melhorias da qualidade na atenção à saúde, como por exemplo: certificado emitido por acreditadoras de serviços de saúde ou pelo INMETRO; participação no Sistema de Notificação de Eventos Adversos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA/ANVISA); e Certificado de Qualidade obtido no Programa de Monitoramento PM-QUALISS; entre outros.



Parte fundamental do programa QUALISS diz respeito à divulgação dos atributos de qualificação para os beneficiários e sociedade em geral. Para isso, a norma determina às operadoras a inclusão


obrigatória dessas informações nos materiais de divulgação de rede assistencial, seja em meio eletrônico, impresso ou audiovisual.

A ANS formalizou, com a assinatura dos termos de reconhecimento, a participação de dez entidades que atuarão como acreditadoras, gestoras ou colaboradoras do QUALISS. Essas organizações vão auxiliar a ANS no estabelecimento de critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar. Além das entidades, algumas organizações ainda estão em processo de análise e outras ainda poderão solicitar a participação no Programa como certificadoras, colaboradoras e gestoras.

1.10 COMPRA ONLINE DE PLANOS DE SAÚDE

A Resolução Normativa nº 413, de 2016, definiu regras para maior segurança ao consumidor que decidir contratar um plano de saúde por meio de plataformas digitais. As operadoras, administradoras de benefícios e corretoras que optarem por oferecer esse tipo de comercialização deverão seguir o mesmo padrão quanto à divulgação de informações sobre os produtos disponíveis para venda e aos documentos necessários para a transação. Os prazos para conclusão do processo de compra e para a realização de perícia ou entrevista qualificada – se necessárias – também estão determinados na norma.

O Guia de Orientação de Contratação Eletrônica, está disponível no portal da ANS em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/cartilha_orienta%C3%A7%C3%A3o_contrata%C3%A7%C3%A3o_eletronica.pdf.

GUIA DE ORIENTAÇÃO DE CONTRATAÇÃO ELETRÔNICA		 Agência Nacional de Saúde Suplementar
DISPOSIÇÕES INICIAIS		
A interação com o usuário deve ocorrer da forma a transmitir as informações da forma mais simplificada possível, valendo-se as melhores práticas em comércio eletrônico, sendo exemplos de recursos:		
<ul style="list-style-type: none"> a) Sumários com agrupamentos de perguntas básicas: O que inclui?/Onde atende?/Quanto custa? b) Simulação de opções com possibilidades de comparação entre planos ofertados; c) Ranking de Operadoras pela qualidade da rede de Prestadores de Serviços por atributos de qualidade, reconhecidos pela ANS; d) Vídeos tutoriais explicativos do processo de contratação e das características dos planos à venda; e e) Formulação de Espaço de dúvidas mais frequentes dos usuários do espaço virtual. 		
INFORMAÇÕES ESSENCIAIS		
Todos os Guias e Manuais que tenham ou venham a ter a apresentação exigida pela ANS devem ser disponibilizados para download e impressão.		
Além disso, deve ser atribuído um resumo do contrato com campos de "li e concordo" de preenchimento obrigatório para seguir o processo de contratação e caixas para marcação clicáveis, para fins de confirmação de ciência quanto às seguintes características básicas do plano em contratação:		
	MEU PLANO	EXPLICAÇÃO
CONTRATAÇÃO	Individual/Familiar; Coletivo por Adesão; ou Coletivo Empresarial	Deve ser inserida a conceituação constante na linha "quem pode ingressar em um plano de saúde?" (Anexo I da RN nº 389/15).
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Referência; Hospitalar com Obstetrícia; Hospitalar sem Obstetrícia; Ambulatorial; Odontológica; ou Combinações anteriores.	Amplitude da cobertura assistencial.
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Coletiva; ou Individual.	Padrão de acomodação para o leito em internação individual.
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Nacional; Estadual; Grupo de Estados; Grupo de Municípios; ou Municipal.	Relação nominal de Estados e Municípios com recurso de link para o site da área de rede da operadora.
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	Clique aqui: http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor	
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	Destaque de todos os procedimentos excluídos do plano.	
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Resultado da apreciação da Declaração de Saúde e imputação do prazo de cobertura parcial temporária ou agravo com discriminação do valor. Listagem dos procedimentos com cobertura suspensa nos casos de cobertura parcial temporária.	Cobertura parcial temporária: suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP. Agravos: qualquer acréscimo no valor da contra-prestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada.

A venda *online* é facultativa e não substitui a presencial, ficando a critério do consumidor a melhor forma de contratar um plano de saúde.

1.11 CONTRATAÇÃO DE PLANOS COLETIVOS POR MICROEMPREENDEDOR

Em outubro de 2016, a ANS discutiu com representantes do setor e da sociedade as condições de contratação de planos de saúde coletivos empresariais por microempreendedor individual (MEI), durante audiência pública. O objetivo é ampliar a participação da sociedade, colhendo opiniões e sugestões sobre as alterações normativas propostas pela Agência.

A proposta visa proteger os consumidores e trazer segurança jurídica nas relações contratuais, a fim de que seja elaborado um conjunto regulatório que promova maior eficiência e segurança para o setor de saúde suplementar. O objetivo é deixar claro em que condições os contratos podem ser firmados. Os participantes da audiência pública discutiram o tema presencialmente e posteriormente enviaram contribuições para a regulamentação. Após consolidar a proposta, o texto será submetido à avaliação e aprovação da Diretoria Colegiada da ANS. O material da Audiência Pública está disponível no portal da ANS em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencia-publica-04>.

1.12 COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

Foi iniciada a discussão sobre proposta de regulamentação da franquia e coparticipação no pagamento dos procedimentos e serviços utilizados pelos beneficiários. A proposta foi discutida com 56 representantes de entidades do setor.

Essas formas de contratação estão previstas na Lei nº 9.656, de 1998 e em Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 08, de 1998, que trata dos mecanismos de regulação.

1.13 NOVA REGRA PARA O PEDIDO DE CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Em novembro de 2016, a ANS publicou a RN nº 412, que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão. Regulamenta as formas de rescisão unilateral dos contratos de plano de saúde a pedido do beneficiário titular.

A norma visa conferir ao consumidor maior clareza, segurança e previsibilidade no processo de cancelamento de plano de saúde ou exclusão de dependente ao estipular um regramento específico para cada tipo de contratação, definir responsabilidades das partes envolvidas, obrigar as operadoras a emitirem comprovante de ciência do pedido de suspensão, seguido do comprovante de efetivo cancelamento, além de determinar os prazos para entrega de tais comprovantes. A resolução se aplica apenas aos chamados planos novos e entra em vigor no prazo de 180 dias contatos a partir de 11 de novembro de 2016.

2. SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Entre as atividades relacionadas à sustentabilidade do setor destacam-se as atividades relacionadas à regulação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs), em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); a definição de regras para reajustes de contratos entre operadoras e hospitais - Fator de Qualidade; a atualização das normas econômico-financeiras; e o início das discussões sobre Governança Corporativa no setor de planos privados de saúde.

2.1 GOVERNANÇA CORPORATIVA

Governança corporativa é um dos pilares mais importantes que supervisores de mercados de seguros devem observar, conforme propõe a *International Association of Insurance Supervisors* (IAIS).

Em resumo, os princípios básicos de Governança Corporativa são:

- **Transparência:** necessidade de disponibilizar para as partes interessadas (*stakeholders*) informações de seu interesse e não apenas aquelas impostas por disposições legais ou regulamentares. A adequada transparência resulta em um ambiente de confiança, tanto internamente como na relação da empresa com terceiros. Não deve se restringir ao desempenho econômico financeiro, contemplando também outros fatores que norteiam a ação gerencial e conduzem à criação de valor;
- **Equidade:** tratamento justo de todos os sócios e demais partes interessadas;
- **Prestação de Contas (*accountability*):** os agentes de Governança devem prestar contas de sua atuação, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões; e,
- **Responsabilidade Corporativa:** os agentes de Governança devem zelar pela sustentabilidade das organizações, visando à sua longevidade, incorporando objetivos de ordem social e ambiental na definição dos negócios e operações.

Em fevereiro de 2016, foi apreciada na 438ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada, proposta de Resolução Normativa que institui o Programa de Incentivo às Boas Práticas de Gestão e Governança das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – PGG, com a criação de um GT interno, com representantes de todas as Diretorias.

A proposta em análise pelas diretorias da ANS, visa estabelecer parâmetros para uma avaliação externa e independente (conceito similar ao do Programa de Acreditação de Operadoras) e, uma vez que a operadora tenha um elevado padrão de governança, a regulação seria mais flexível no que diz respeito à movimentação dos ativos garantidores.

2.2 ACOMPANHAMENTO ECONÔMICO-FINANCEIRO

A regulação econômico-financeira do mercado de saúde suplementar possui um objetivo principal: induzir a gestão prudente dos recursos financeiros administrados pelas operadoras, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do ente regulado e a continuidade da prestação de assistência à saúde com a qual se comprometeram junto aos seus beneficiários.

Em junho de 2016, a Agência publicou uma cartilha com orientações sobre os parâmetros e procedimentos do acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde. Com a publicação da RN nº 400, de fevereiro de 2016, que dispõe sobre os parâmetros e procedimentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, a ANS divulgará periodicamente no seu portal na internet uma cartilha em linguagem acessível abordando os conceitos estabelecidos na norma.



O material está disponível no portal da ANS na seção Publicações / Folhetos e Cartilhas, em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Cartilha_acompanhamento_ecn_financeiro.pdf.
2.3 Comunicado sobre ativos garantidores.

2.3 COMUNICADO SOBRE ATIVOS GARANTIDORES

A ANS divulgou orientações às operadoras sobre lançamentos contábeis a partir de 2016, solicitando que estas se certifiquem da observância das mudanças de nomenclatura de algumas das contas do plano de contas e o disposto nos incisos I e III, art. 4º da Resolução Normativa – RN nº 392, de 2015, para fins de apuração da suficiência de lastro das provisões técnicas.

No que diz respeito ao monitoramento da suficiência de ativos garantidores vinculados pelas operadoras, não houve mudança, sendo o mesmo feito por meio de consulta às centrais de custódia, aos fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar (fundos de instituições financeiras com convênio com a ANS) ou à base do registro de imóveis operacionais ou assistenciais, se for o caso.

2.4 ATUALIZAÇÃO DAS NORMAS ECONÔMICO-FINANCEIRAS

Em dezembro de 2016, a Agência publicou a Resolução Normativa RN nº 418, que aprimora o plano de contas que as operadoras de planos de saúde devem observar. O objetivo é que o plano de contas passe a refletir melhor as operações efetuadas no mercado regulado, além de organizar melhor as informações contábeis das operadoras, possibilitando comparações e análises mais profundas de cunho econômico-financeiro.

Também foi aprimorada a Resolução Normativa RN nº 392, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras de planos de saúde.

Como as operadoras precisam administrar os recursos financeiros que captam das empresas e das famílias por meio das mensalidades de planos de saúde, a ANS estabelece que tais recursos sejam administrados de forma prudente. Entre outros requisitos, a Agência exige que as operadoras façam uma série de provisões técnicas, ou seja, reconheçam o montante de despesas assistenciais que devem arcar, bem como tenham ativos que possam fazer frente a essas necessidades de desembolsos. De forma a garantir que as operadoras façam aplicações financeiras seguras, a ANS estabelece então quais os tipos e limites de aplicação que podem ser feitos. A modificação feita no normativo por meio da Resolução Normativa RN nº 419, acompanha a Resolução nº 4.444, do Conselho Monetário Nacional (CMN), relativa à aplicação dos recursos das reservas técnicas das seguradoras que devem preservar a segurança, liquidez e rentabilidade.

2.5 MONITORAMENTO DOS REGIMES ESPECIAIS

A ANS monitora constantemente os valores e os indicadores econômicos, financeiros e patrimoniais das operadoras de planos de saúde com o objetivo de zelar pela liquidez e solvência do setor. Também disciplina e acompanha a constituição, organização e funcionamento, qualificação, contabilidade e dados atuariais sobre reservas e provisões, critérios de constituição de garantias financeiras e ativos garantidores, parâmetros de capital e patrimônio líquido, criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros, recuperação financeira, além de determinar a instauração de regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial nas operadoras de planos de saúde.

Regimes Especiais são medidas administrativas aplicadas quando outras menos gravosas não tiveram êxito. São estes: direção técnica, direção fiscal e liquidação extrajudicial, sendo as duas últimas de natureza econômico-financeira. Em geral, as operadoras estão em regime especial por uma gama de anormalidades consideradas graves e que podem comprometer a continuidade da assistência aos beneficiários.

Quando a ANS identifica problemas econômico-financeiros menos graves, pode ser oportunizada à operadora a apresentação de um Procedimento de Adequação Econômico-Financeira, ou seja, um conjunto de medidas administrativas corretivas, com o objetivo de promover a regularização gradual e progressiva dessas anormalidades, num horizonte de tempo determinado.

A direção fiscal é instaurada quando a ANS verifica a ocorrência de uma ou mais anormalidades administrativas e/ou econômico-financeiras, de natureza grave na operadora e identifica a possibilidade de saneamento, buscando assim evitar o risco à continuidade ou à qualidade do atendimento à saúde dos consumidores. Em 2016, a ANS instaurou 15 novos regimes de direção fiscal, encerrou 10 e continuou o acompanhamento 56. A seguir, a evolução das direções fiscais, de 2000 a 2016.

TABELA 1 - DIREÇÕES FISCAIS (DF), 2000 A 2016.

ANO	Instauração de DF	Saneamento	Liquidação Extrajudicial	Cancel. de Registro	Em Andamento
2000	3	0	0	0	3
2001	15	0	5	0	13
2002	70	7	5	25	46
2003	17	3	7	24	29
2004	16	2	12	2	29
2005	53	6	12	1	63
2006	13	3	18	4	51
2007	14	1	17	3	44
2008	28	5	13	2	52
2009	99	3	12	6	130
2010	98	26	13	14	175
2011	37	25	13	13	161
2012	14	17	20	18	120
2013	17	18	21	20	78
2014	22	6	8	19	67
2015	12	4	17	7	51
2016	15	4	5	1	56

Fonte: Diretoria de Normas de Habilitação das Operadoras, dezembro 2016.

Na liquidação 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 2016, a ANS decretou a Liquidação Extrajudicial de nove operadoras e foram decretadas 26 falências ou insolvências civis. A seguir, a evolução das liquidações extrajudiciais, de 2000 a 2016.

TABELA 2 - LIQUIDAÇÕES EXTRAJUDICIAIS, 2000 A 2016.

ANO	Liquidação Extrajudicial	Falências
2000	0	0
2001	5	0
2002	7	4
2003	12	4
2004	13	2
2005	20	9
2006	20	6
2007	33	6
2008	14	6
2009	14	13
2010	16	16
2011	14	13
2012	22	23
2013	25	14
2014	10	18
2015	18	33
2016	9	26

Fonte: Diretoria de Normas de Habilitação das Operadoras, dezembro 2016.

2.6 IDSS – ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR 2016

Em setembro de 2016, a ANS divulgou os resultados do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, que anualmente avalia o desempenho das operadoras de planos de saúde por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

O IDSS é conhecido como a “nota” das operadoras. O resultado do índice demonstra como o mercado está se comportando nos itens avaliados anualmente. De acordo com os dados de 2015, 160 empresas (23%) de assistência médica ficaram com notas entre 0,8 e 1 ponto. Juntas, essas operadoras tinham 21,82 milhões de beneficiários (44,27%) no ano passado. No grupo seguinte, com notas entre 0,6 e 0,79, ficaram 417 operadoras (60%) de assistência médico-hospitalar, que tinham cobertura de 24,57 milhões de clientes (49,85%) no período avaliado. Outras 19 empresas tiveram notas entre 0,40 e 0,59 e quatro pontuaram na faixa de 0 a 0,19.

Com relação aos planos exclusivamente odontológicos, 93 operadoras (33,21%) alcançaram notas entre 0,8 e 1 ponto do IDSS, com base nas informações de 2015. Essas empresas concentravam 10,75 milhões de beneficiários no ano passado (69,47%). De acordo com os dados, 118 empresas (42,14%) da segmentação odontológica tiveram notas entre 0,6 e 0,79. Esse grupo concentrou 4,13 milhões de pessoas (26,68%). Duas empresas tiveram notas entre 0 e 0,19.

Para definir o Índice de Desempenho de cada operadora, foram analisados 29 indicadores distribuídos nestas quatro dimensões.

DIMENSÕES DO IDSS 2016 – ANO-BASE 2015

Qualidade em atenção à saúde:

avaliação do conjunto de ações que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase na promoção, prevenção e assistência prestada;

Garantia de acesso:

condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores;

Sustentabilidade no mercado:

monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores;

Gestão de processos e regulação:

essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.

2.7 FATOR DE QUALIDADE – REGRAS PARA REAJUSTES DE CONTRATOS ENTRE OPERADORAS E HOSPITAIS

A Lei nº 13.003, de 2014, tornou obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços e delegou para a ANS a obrigação de estabelecer um índice de reajuste para prestadores, caso a negociação não seja efetiva.

Em dezembro de 2015, a ANS publicou normas para reajustes a serem aplicados aos contratos firmados entre operadoras de planos de saúde e hospitais. A base de cálculo definida é o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ao qual será aplicado um Fator de Qualidade, estabelecido pela ANS para se chegar ao percentual de reajuste, apenas quando não houver um índice previsto no contrato ou acordo entre as partes na livre negociação de reajustes.

Nesses casos, será usado como base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ao qual será aplicado o Fator de Qualidade, que possui três níveis para aplicação de reajustes: i) 105% do IPCA para os estabelecimentos acreditados, ou seja, com certificação de qualidade; ii) 100% para hospitais não acreditados, mas que participem e cumpram critérios estabelecidos nos projetos da ANS, como o Projeto Parto Adequado, e em indicadores selecionados tais como a Proporção de Readmissão Hospitalar; e de iii) 85% para unidades que não atenderem nenhum desses critérios.

O Fator de Qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos da seguinte forma: O indicador de Readmissão Hospitalar é um dos critérios para o estabelecimento alcançar reajuste de 100% do IPCA. Além de baixa reincidência de internação, os hospitais devem seguir as regras de segurança do paciente estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e também estar em dia com o envio de informações por meio da Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS), padrão

obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos entre prestadores, operadoras e a ANS.

Em março de 2016, a ANS divulgou a lista de hospitais que atendem critérios de qualidade importantes para aferir o padrão de assistência prestada à população. Os dados mostram o desempenho dos estabelecimentos segundo três indicadores: acreditação, índice de readmissão hospitalar e segurança do paciente. Foi a primeira vez que a ANS publicou informações sobre atributos dos prestadores, possibilitando a avaliação dos serviços pelos consumidores. Em novembro de 2016, a Agência publicou os critérios para aplicação do Fator de Qualidade em 2017.

As informações sobre fator de qualidade estão disponíveis em <http://www.ans.gov.br/prestadores/contrato-entre-operadoras-e-prestadores>.

2.8 PESQUISA SOBRE PREÇOS DE ÓRTESES E PRÓTESES – PREÇOS DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS (DMIS)



O mercado nacional de produtos médicos movimentou R\$ 19,7 bilhões em 2014, dos quais R\$ 4 bilhões (cerca de 20%) com Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI). No Brasil, o maior faturamento no setor saúde se refere aos equipamentos, mas a categoria DMI foi a que teve a maior taxa de crescimento - 249% entre 2007 e 2014. Pesquisa realizada pela ANS, em 2012, junto às cinco maiores operadoras de planos privados de saúde em cada modalidade, evidenciou que cerca de 10% do total das despesas assistenciais referiam-se a despesas com OPME.

O mercado de órteses, próteses e dispositivos médicos implantáveis é complexo e vasto - abrangendo desde marca-passo e *stent* cardíaco até implante mamário de silicone, hastes e pinos - e está mais próximo do nosso cotidiano do que imaginamos. Como envolvem alta tecnologia, têm custo elevado e geram grande impacto na saúde do paciente, a indicação de uso desses produtos precisa ser muito criteriosa.

Para aprofundar o conhecimento sobre a comercialização de OPME e dar transparência ao tema, a ANS realizou uma pesquisa inédita que mostra a variação de preços praticados no setor de saúde

suplementar. O estudo foi divulgado em dezembro de 2016 e integra o relatório final do Grupo de Trabalho Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME), coordenado pela ANS e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O material também contempla um conjunto de medidas que resultou das discussões do GT composto por mais de 50 instituições do setor e do governo.

A pesquisa avaliou os preços pagos por operadoras de planos de saúde por dois grupos de dispositivos implantáveis - endoprótese vascular e *stents* farmacológicos - usados para melhorar a circulação sanguínea arterial. Para as comparações, foram consideradas as diferentes Unidades Federativas (UFs) e a forma de aquisição dos produtos - junto ao hospital ou diretamente do fornecedor. Dentre os itens em que houve detalhamento das aquisições a partir do preço médio praticado nas diferentes UFs, o resultado mostra que a maior variação de preços chegou a 3.108,33%.

Os resultados revelam a imensa variabilidade de custos entre as diferentes Unidades Federativas e as formas de aquisição. Algum grau de variação entre os valores de comercialização é esperado, considerando aspectos como transporte, armazenamento, tributação e poder de negociação, por exemplo. Contudo, o nível de variação de preços observado no mercado de Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) alcança proporções extremamente elevadas, o que pode estar associado a condutas antiéticas, anticoncorrenciais ou ilegais, aponta o relatório.

3. INTEGRAÇÃO COM O SUS

Entre as atividades relacionadas à integração com o Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se o aumento dos valores ressarcidos ao SUS e o lançamento do Boletim Informativo com todos os dados relevantes relacionados ao processo.

3.1 RESSARCIMENTO AO SUS

Em 2016, a Agência cobrou das operadoras de planos de saúde cerca de R\$ 1,6 bilhão por atendimentos realizados na rede pública. O valor se refere a 1.107.068 procedimentos realizados e representa um crescimento de 133,7% em relação ao valor cobrado no ano anterior (cerca de R\$ 709 milhões). Os valores arrecadados pelo processo de ressarcimento ao SUS são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a aplicação em programas e ações prioritários do governo federal. Somente em 2016, a ANS repassou ao Fundo um total de R\$ 315,5 milhões.

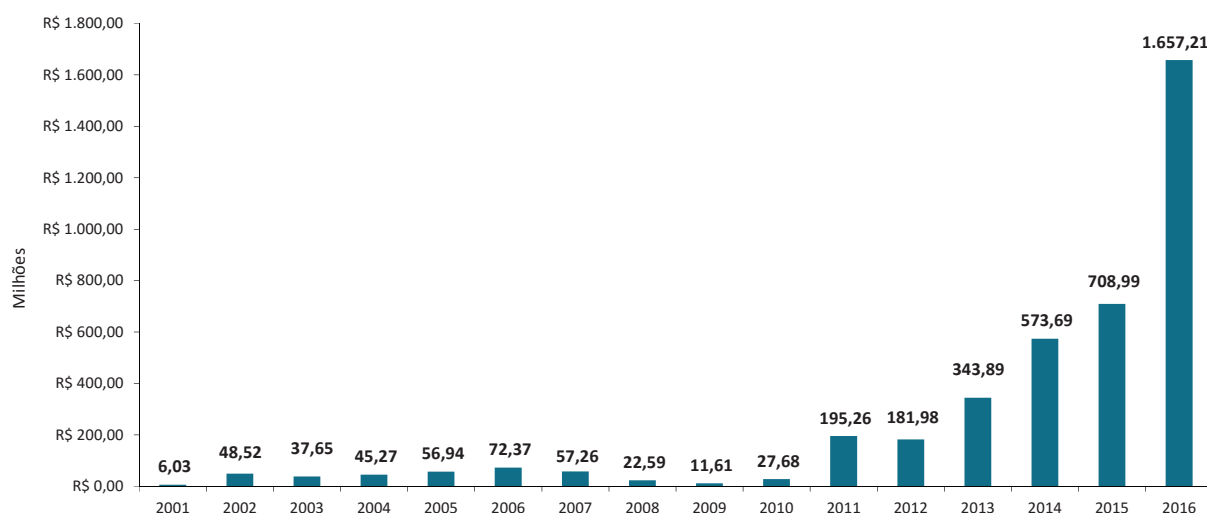
A cobrança dos valores tem sido aprimorada e os resultados recordes obtidos em 2016 são reflexo das melhorias implementadas, entre as quais a utilização de sistema eletrônico para agilizar o trâmite das impugnações e recursos e a redução do tempo médio de análise das impugnações. As medidas aumentaram a produtividade das análises dos processos em 1ª e 2ª instância em mais de 50%.

Desde 2001, quando a ANS começou a cobrar das operadoras os valores relativos ao ressarcimento, foram identificados 2,1 milhões de atendimentos realizados por beneficiários de planos de saúde no SUS passíveis de cobrança. Esses atendimentos correspondem a mais de R\$ 3,4 bilhões. Deste montante, R\$ 1,5 bilhão (43,4%) foram arrecadados e repassados ao FNS e R\$ 744 milhões (21,9%) encaminhados para dívida ativa.

Do valor total cobrado, R\$ 1,2 bilhão (ou seja, 34,7%) são alvo de processos judiciais de operadoras que contestam a cobrança ou que estão em fase de inscrição em dívida ativa. Até 2014, o percentual

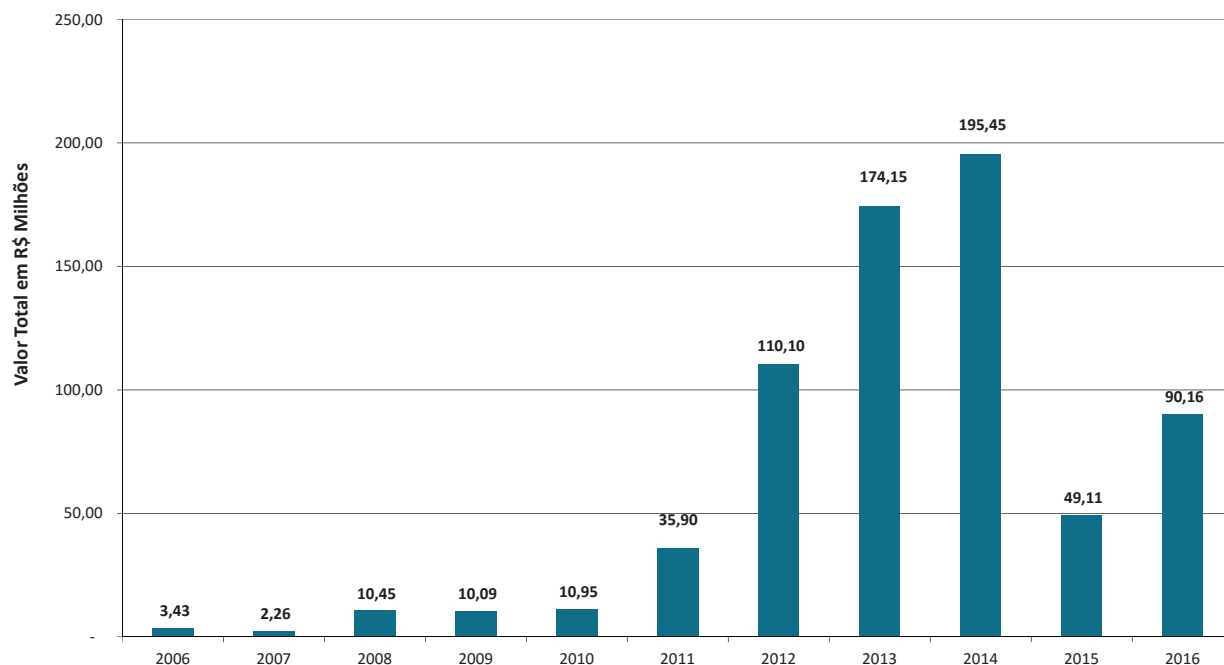
médio de impugnações por parte das operadoras chegava a 82%. Contudo, em 2015 houve uma mudança de comportamento das empresas, e esse índice caiu para 60% – o que representa 27,4% em relação à média histórica. Em 2016, esta redução foi ainda maior, e o índice de impugnação ficou em 51%.

GRÁFICO 1 - VALORES DOS ATENDIMENTOS COBRADOS (POR ANO)



Fonte: Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), março/2017.

GRÁFICO 2 - VALORES ENCAMINHADOS À DÍVIDA ATIVA (POR ANO)



Fonte: Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), março/2017.

Outro avanço na cobrança do ressarcimento ao SUS foi o processamento totalmente eletrônico do Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), documento que notifica às operadoras, a cada trimestre, a identificação de atendimentos possivelmente realizados por seus beneficiários, a fim de que possa ser apresentada defesa ou efetuado desde logo o pagamento dos valores apurados pela ANS. A inovação foi possível devido a integração entre Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS) e o

Sistema Eletrônico de Informações (SEI). A medida gerou uma economia de R\$ 90 mil com impressões e envio de correspondências, além de possibilitar a abertura de 817 processos do 58º ABI.

Para dar aumento à informação sobre o processo de ressarcimento ao SUS, a ANS lançou Boletim Informativo, de periodicidade semestral, com informações detalhadas sobre a utilização da rede pública por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. Os Boletins estão disponíveis no portal da ANS na internet em <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos>.

3.2 CONSULTA SOBRE RESSARCIMENTO AO SUS NO PORTAL DA ANS NA INTERNET

O ANS/Tabnet é uma ferramenta disponível no portal da Agência em <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>, que possibilita a tabulação de dados dos diversos sistemas de informação da ANS e pesquisas customizadas. Com atualização trimestral, gera resultados que podem ser utilizados em tabuladores com o Excel ou Tabwin.

Em dezembro de 2016, a consulta de atendimento de beneficiários de planos de saúde no SUS recebeu melhorias, separando mais claramente os atendimentos referentes às internações - identificados a partir de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) - daqueles ligados aos atendimentos ambulatoriais de alto custo (APAC). O ajuste tornou a descrição do conteúdo das consultas mais precisa e ainda acrescentou um filtro para AIH e APAC.

4. ACESSO À INFORMAÇÃO

Entre as iniciativas destacam-se a ampliação do acesso a informações sobre uso e custos de procedimentos por meio do D-TISS foi ampliada; e a criação no portal da ANS na internet da Sala de Situação, com informações sobre as operadoras e o setor.

4.1 TRANSPARÊNCIA DA INFORMAÇÃO – ÁREA EXCLUSIVA NO PORTAL DAS OPERADORAS



Desde agosto de 2016, os beneficiários de planos de saúde podem conferir todas as informações sobre os atendimentos realizados pelo plano (consultas, exames e internações) e o valor de cada uma delas no primeiro semestre de 2016. As pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde passaram a ter uma área específica que com informações antecipadas sobre o cálculo do reajuste a ser aplicado pelas operadoras nos contratos coletivos empresariais e por adesão.

O acesso ao Portal de Informações será dado exclusivamente aos beneficiários, titulares ou dependentes do plano e a disponibilização das informações deve respeitar as regras de sigilo, privacidade e confidencialidade. Todos os dados de que trata a Resolução Normativa poderão ser solicitados formalmente, em formato impresso, para as operadoras, que deverão providenciar em, no máximo, 30 dias.

4.2 NOVA CONSULTA SOBRE PLANOS DE SAÚDE NO PORTAL DA ANS

Desde maio de 2016, a lista dos planos de saúde disponíveis no mercado e suas principais características está disponível no portal da ANS na internet. São duas formas de consulta: por operadora e por plano. Ao selecionar a operadora, é mostrada a quantidade de planos novos e antigos; a quantidade de planos liberados para comercialização ou com comercialização suspensa; e a lista de todos os planos ativos da operadora – inclusive os que já não são mais comercializados, mas que possuem beneficiários. Cada plano é apresentado em detalhes de acordo com as suas características – por tipo de atendimento, por tipo de contratação, por abrangência geográfica e a situação da comercialização (se liberada ou suspensa).

Na busca por plano, o consumidor pode consultar individualmente o produto que deseja, inserindo o número de registro ou usando um campo de pesquisa que pode ser preenchido com pelo menos duas das seguintes informações: nome do plano, *status* de comercialização, tipo de contratação, cobertura e abrangência. Neste campo também é possível acessar a lista completa de planos de saúde comercializados por uma operadora. Além das informações detalhadas do produto, a página mostra, em um mapa interativo, os estados e municípios em que o plano tem cobertura.

4.3 AMPLIAÇÃO DO ACESSO A INFORMAÇÕES SOBRE USO E CUSTOS DE PROCEDIMENTOS

O D-TISS possibilita acesso aos dados sobre quantidade de procedimentos realizados por médicos, laboratórios, clínicas e hospitais conveniados a operadoras de planos de saúde e a visualização dos gastos com despesas assistenciais em todo o país e por estado, por sexo do beneficiário e por porte da operadora. Há, ainda, a possibilidade de obter dados na forma de mapas. Tudo por meio de um mecanismo amigável de busca por palavra-chave.

Em novembro de 2016, foi lançada nova versão do D-TISS, a principal novidade é a inclusão de cerca de 2.850 procedimentos ao painel, totalizando 2.933 itens disponíveis para pesquisa – sendo 2905 procedimentos individualizados e 28 grupos de procedimentos. A visão financeira permite o acesso aos valores de despesa mínima, média e máxima dos procedimentos, com possibilidade de geração de gráficos. Os filtros por estado, faixa etária, sexo, porte da operadora e competência também poderão ser utilizados.

Junto com o novo painel D-TISS, a versão disponibiliza base de dados que contém a identificação dos atendimentos realizados na saúde suplementar recebidos pelo TISS (padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos de saúde).

O D-TISS pode ser acessado no portal da ANS na internet, em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/d-tiss-detalhamento-dos-dados-do-tiss>.

4.4 SALA DE SITUAÇÃO



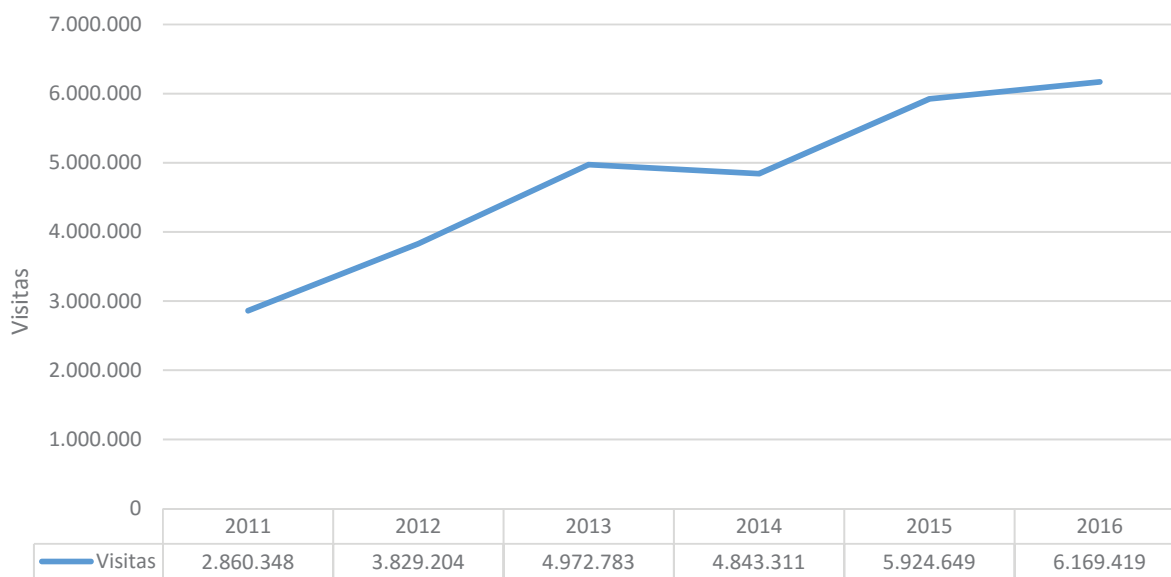
Desde maio de 2016, o portal da ANS na internet dispõe de uma Sala de Situação, que consiste em um painel interativo com uma visão tanto global como individualizada. Na visão do setor está disponível um painel com informações sobre a quantidade de beneficiários, de operadoras e de planos disponíveis, o número de reclamações e informações efetuadas pelos consumidores junto à ANS e receitas e despesas setor. A consulta pode ser customizada por segmentação do plano (assistência médica ou odontológica), por modalidade da operadora e por Unidade da Federação.

Na área operadoras, é possível obter informações específicas sobre determinada empresa: uma aba com página de resumo, que oferece um panorama geral da operadora, com número de beneficiários, receita, percentual de idosos, adimplência em relação ao ressarcimento, número de reclamações recebidas e participação em programas de conformidade regulatória e de qualificação; uma aba que detalha a composição da carteira – com dados do perfil de beneficiários da empresa, incluindo idade média, percentual de idosos e distribuição por faixa etária; e uma aba em que é possível consultar dados específicos do ressarcimento ao SUS, como o índice de efetivo pagamento da operadora, o número de atendimentos identificados, cobrados e pagos.

4.5 PORTAL DA ANS NA INTERNET

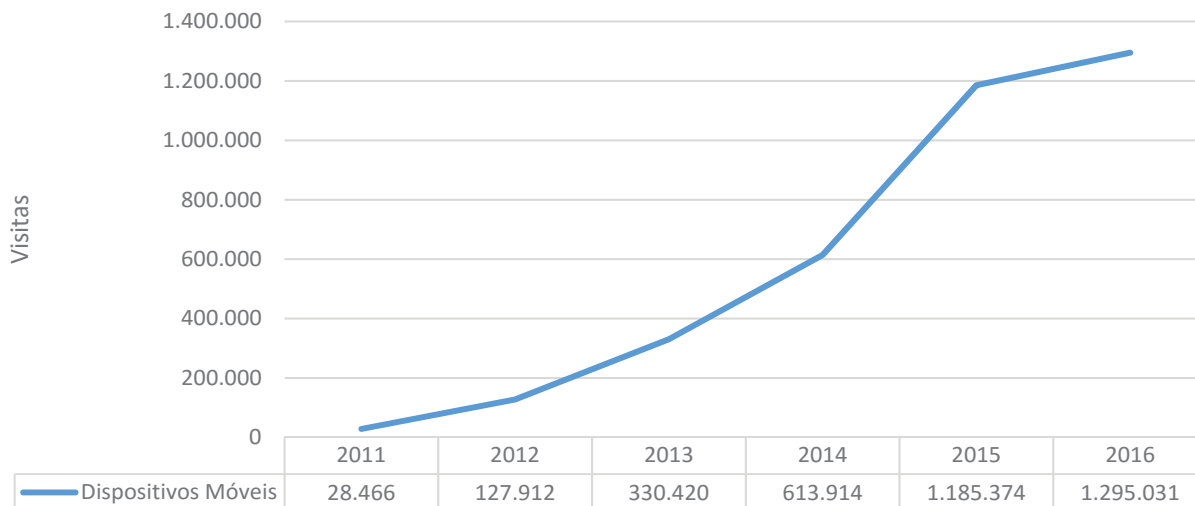
Em 2016, o portal da ANS na internet recebeu quase 6,2 milhões de visitas, um aumento de 4,13% em relação ao ano anterior. Destas visitas, quase 1,3 milhão foram por meio de dispositivos móveis, número 9,25% superior à 2015. De 2011 a 2016, mais do que dobrou o número de visitas ao portal da ANS na internet; e de 2014 a 2016 dobrou o número de visitas ao portal por meio de dispositivos móveis. A seguir os dados sobre visitas ao portal.

GRÁFICO 3 - NÚMERO DE VISITAS AO PORTAL DA ANS (2011-2016)



Fonte: Diretoria de Gestão (DIGES), março/2017.

GRÁFICO 4 - VISITAS POR MEIO DE DISPOSITIVOS MÓVEIS (2011-2016)



Fonte: Diretoria de Gestão (DIGES), março/2017.

4.6 1º HACKATHON ANS: PROJETOS INOVADORES E UTILIZÁVEIS

O termo *Hackathon* é resultado da combinação das palavras *hack* (programar de forma excepcional) e *marathon* (maratona). Esse evento reúne programadores, *designers* e outros profissionais para uma maratona de programação, cujo objetivo é desenvolver aplicativos que atendam a um fim específico ou projetos livres que sejam inovadores e utilizáveis.

A ANS realizou a maratona em dezembro de 2016, visando utilizar a tecnologia digital para criar soluções úteis e inovadoras, aumentando a transparência na divulgação das informações públicas do setor; e desenvolver aplicativos que sejam úteis aos beneficiários de planos de saúde e ao setor como um todo.

O 1º *Hackathon* ANS teve como parceiros a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE e ABRAMGE/RJ), a Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB), a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) e a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). A maratona de programação reuniu profissionais de diversas áreas para desenvolver aplicativos para celulares e *tablets* para o setor de planos de saúde. Os protótipos foram elaborados pelos participantes ao longo de dois dias. Ao final, os competidores apresentaram as iniciativas à comissão avaliadora, que julgou e escolheu os vencedores.

Os aplicativos deveriam se enquadrar em um dos seguintes temas: qualidade; interação entre operadoras, prestadores e beneficiários; ou interação entre a ANS e beneficiários. Sete equipes formadas por especialistas em informática, programadores, desenvolvedores, designers e profissionais de saúde competiram na maratona. Dias antes, participaram de um pré-evento para conhecerem melhor os desafios do setor e depois se reuniram para os dois dias de maratona.

Os quatro projetos vencedores receberam prêmios em dinheiro no valor de R\$ 5 mil a R\$ 15 mil. A licença é de domínio público e o código-fonte dos aplicativos já está disponível na internet.

4.7 PLANO DE DADOS ABERTOS DA ANS

Plano de Dados Abertos (PDA) é o documento orientador para as ações de implementação e promoção de abertura de dados de cada órgão ou entidade da administração pública federal, obedecidos os padrões mínimos de qualidade, de forma a facilitar o entendimento e a reutilização das informações. O Plano organiza o planejamento referente à implantação e racionalização dos processos de publicação dos dados abertos nas organizações.

O PDA foi definido pelo Decreto nº 8.777, de 11 de maio de 2016, que instituiu a Política de Dados Abertos do Poder Executivo, e está em processo de elaboração na ANS. O objetivo é expandir a disseminação de informações para a sociedade e melhorar da qualidade dos dados disponibilizados, permitindo maior amparo à tomada de decisão pelos gestores públicos e garantindo melhores ferramentas ao controle social. Outras informações sobre o processo estão no portal da ANS na internet em <http://www.ans.gov.br/acesso-a-informacao/dados-abertos>.

4.8 PUBLICAÇÕES

CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A publicação compila dados e apresenta análises sobre o setor – número de beneficiários e de operadoras e planos de saúde, rede de serviços e demandas dos consumidores -, e apresenta informações sobre índices de preços e normativos recentemente publicados pela Agência.



O Caderno é atualizado trimestralmente e publicado no portal da ANS em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/Caderno_setembro_2016.pdf

DADOS SOBRE ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PLANOS DE SAÚDE

A 4ª edição do Mapa Assistencial foi elaborada no primeiro semestre de 2016, e publicada em julho do mesmo ano, com diversas informações sobre o atendimento prestado pelas operadoras de planos de saúde no País. Entre os dados há a quantidade de internações, consultas, terapias e exames, bem como os custos assistenciais informados pelo setor.



O Mapa Assistencial está publicado no portal da ANS na internet em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_201607.pdf

Na publicação há também alguns indicadores de saúde do Brasil e de países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). A ideia é fornecer informações que permitam análises comparativas com base nos seguintes indicadores selecionados: taxa de internação hospitalar, número de consultas médicas por beneficiário, número de exames de ressonância magnética por beneficiário, número de exames de tomografia computadorizada por beneficiário e taxa de parto cesáreo.

PAINEL DE PRECIFICAÇÃO

A 4ª edição do Painel de Precificação foi elaborada no primeiro semestre de 2016, e publicada em julho do mesmo ano, com informações e análises sobre os valores médios praticados no mercado de planos de saúde no Brasil. A publicação traz um panorama dos percentuais de reajuste cobrados pelas operadoras e a evolução de custos assistenciais de consultas médicas, exames e internações, entre outras informações do ano de 2015, e comparativos com anos anteriores.

As informações são oriundas das operadoras de planos de saúde, por intermédio de dados e indicadores econômico-financeiros e estatísticas que constam nas Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRP), documento elaborado por atuário legalmente habilitado em que são descritas as formulações e observações necessárias ao cálculo da formação dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde.



O Painel de Precificação está publicado no portal da ANS na internet em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/painel_precificacao2015_completo.pdf

O Painel apresenta panorama segmentado da precificação dos planos de saúde, conforme o valor comercial informado pelo próprio setor, e é um importante instrumento para agentes do mercado de saúde suplementar, especialistas no tema e pesquisadores do setor.

Para fazer as análises, as segmentações assistenciais existentes de planos médico-hospitalares foram organizadas em três tipos de cobertura: “Ambulatorial”, “Hospitalar”, e “Ambulatorial + Hospitalar”.

Em algumas tabelas da publicação, somente será apresentada a informação dos planos por tipo de cobertura “Ambulatorial + Hospitalar”, como referência de análise. Esse tipo de cobertura mais completa foi escolhido por ser o mais representativo no mercado de saúde suplementar, abrangendo a maior quantidade de planos em comercialização.

ATLAS ECONÔMICO-FINANCEIRO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O Atlas oferece uma visão abrangente de aspectos econômico-financeiros e, a partir dessa edição, com enfoque em aspectos concorrenciais da saúde suplementar por mercado relevante. O objetivo dessa nova abordagem para o Atlas é oferecer um panorama da estrutura de mercado para que a sociedade e demais tomadores de decisão possam compreender a dinâmica concorrencial do setor.



O Atlas está disponível no portal da ANS na internet, em <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/atlas-economico-financeiro-da-saude-suplementar>

O Atlas foi aperfeiçoado, passando a divulgar separadamente para cada um dos 96 mercados relevantes de planos individuais e de planos coletivos identificados na metodologia desenvolvida. As participações de mercado dos principais concorrentes por mercado relevante foram atualizadas com base nos dados de 2015. Além disso, o Atlas passa a focar unicamente o segmento médico-hospitalar.

ANUÁRIO ANS

O Anuário apresenta os principais dados contábeis de cada uma das operadoras e seus indicadores econômico-financeiros. Trata-se de um compêndio dos principais números por operadora, permitindo uma análise comparativa.



O Anuário está disponível no portal da ANS na internet, em <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/anuario-aspectos-economico-financeiros-das-operadoras-de-plano-de-saude>.

PRISMA ECONÔMICO-FINANCEIRO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O objetivo do periódico é proporcionar um perfil econômico-financeiro do setor, com dados que compreendem diferentes evoluções entre segmentos, modalidades e portes de operadoras de planos de saúde.



A publicação está disponível no portal da ANS na internet, em <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/prisma-economico-financeiro-da-saude-suplementar>.

A publicação tem três capítulos: Dados Consolidados do Setor de Saúde Suplementar, Ativos Garantidores e Provisões Técnicas e Indicadores Econômico-Financeiros. O Prisma apresenta as contraprestações efetivas (faturamento com operação de planos de saúde) do setor como um todo (segmento médico-hospitalar e exclusivamente odontológico), as despesas assistenciais (eventos indenizáveis) e o índice de sinistralidade (razão entre despesas assistenciais e contraprestações efetivas) ponderado para o segmento médico-hospitalar.

CARTILHA COM ORIENTAÇÕES PARA APOSENTADOS E DEMITIDOS



A ANS lançou, em janeiro de 2016, cartilha com informações para os consumidores que desejarem manter o plano de saúde oferecido pela empresa, quando forem se aposentar ou nos casos de demissão sem justa causa.

A cartilha esclarece as regras sobre o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa e para aposentados. A publicação está disponível no portal da ANS na área de Publicações, em <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/folhetos-e-cartilhas>.

CARTILHA DE CONTRATUALIZAÇÃO – GLOSA, PARA OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Visando tornar mais transparente o contrato entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, a ANS publicou a Cartilha de Contratação - Glosa.



A Lei 13.003, sancionada em junho de 2014, tem o objetivo de reforçar a obrigatoriedade dos contratos escritos garantindo maior transparência e equilíbrio na relação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços.

Nas transações entre operadoras e prestadores, podem ocorrer casos onde o plano de saúde suspende o pagamento de serviços contratados, tais como: consultas, atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas por hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros profissionais ou serviços de saúde conveniados. Quando isso acontece, é conhecido como glosa na saúde suplementar e os contratos celebrados devem prever os casos de glosa, prazos para a contestação e o tempo de resposta da operadora. A publicação está disponível no portal da ANS na área de Publicações.

5. PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ARTICULAÇÃO SETORIAL

Com foco no estímulo à participação da sociedade e à articulação setorial, a Agência obteve sugestões da sociedade e do setor regulado nas Câmaras e Grupos Técnicos; e, por meio de sua Ouvidoria, monitorou o atendimento prestado pelas Ouvidorias das operadoras de planos de saúde.

5.1 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 2016, a Câmara de Saúde Suplementar se reuniu quatro vezes para discutir temas prioritários do setor.

5.2 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. Podem ser criados também Grupos Técnicos, que não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica, para a realização estudo técnico mais aprofundado e específico.

Câmaras Técnicas em 2016: i) Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/ Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde; ii) Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes.

Grupos Técnicos em 2016: i) Grupo Técnico de Oncologia; ii) Grupo Técnico de Remuneração; iii) Grupo Técnico do Idoso Bem Cuidado; iv) Grupo técnico Interáreas (DIDES, DIPRO e DIFIS); v) Grupo Técnico Lei 13.003/14; vi) Grupo Técnico LAB-DIDES – Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial; vii) Grupo Técnico LAB-DIDES Odontologia- Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial; viii) Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais; ix) Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento; x) Grupo Técnico de Medicamentos Antineoplásicos Orais; xi) Grupo Técnico FormSUS – Procedimentos – DUT; e, xii) Grupo Técnico Genética.

5.3 CONSULTAS E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

As Consultas e Audiências Públicas são regulamentadas pela Resolução Normativa - RN nº 242, de 2010, que dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas

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. As Consultas são realizadas previamente à edição de normas e à tomada de decisão, quando se referirem a assuntos de relevante interesse público, e devem ser recebidas de forma escrita, preferencialmente por meio eletrônico. Em 2016 não foram realizadas Consultas 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 2016, foi realizada uma audiência pública para discutir sobre a regulamentação específica dos contratos coletivos empresariais dos planos privados de assistência à saúde.

5.4 PARTICIPAÇÃO EM AUDIÊNCIAS PÚBLICAS NO PODER LEGISLATIVO FEDERAL

Em 2016, a ANS participou de Audiências Públicas convocadas pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, conforme relação a seguir:

CÂMARA DOS DEPUTADOS			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
CSSF Comissão de Seguridade Social e Família	Requerimento nº 288/2016 Deputado Jorge Solla (PT/BA)	Requer a realização de reunião para debater Planos de Saúde de Autogestão.	16/06/2016
CSSF Comissão de Seguridade Social e Família	Requerimento nº 395/2016 Deputada Carmen Zanotto (PPS/SC)	Requer a realização de audiência pública para debater sobre a portaria 1482 de 2016 do Ministério da Saúde que institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível.	18/10/2016
SENADO FEDERAL			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
CDH – Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa	Requerimento nº 05/2016 Autoria Senador Paulo Paim (PT/RS)	Ementa: Requer a realização de Audiência Pública nesta Comissão para debater “Índices de reajuste dos planos de saúde no Brasil”.	04/04/2016
CTG – Comissão de Transparência e Governança.	Autoria: Senador João Capiberibe (PSB/AP)	Ementa: Requer a realização de Audiência Pública para debater A transparência e o funcionamento das Agências Reguladoras Federais.	15/03/2016

5.5 GRUPOS DE TRABALHO EM ARTICULAÇÃO COM OS PODERES EXECUTIVO E JUDICIÁRIO

ARTICULAÇÃO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE

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 e participação em demais grupos do Ministério com os quais a ANS tem interface.

ARTICULAÇÃO COM AGÊNCIAS REGULADORAS

ANVISA – Grupo Técnico de Reprocessamento de Produtos para a Saúde; Câmara Técnica Serviço Técnico de Saúde (CTSTS).

ARTICULAÇÃO COM O PODER JUDICIÁRIO

Conselho Nacional de Justiça (CNJ) – em articulação com o Poder Judiciário, a ANS participa do Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

DEMAIS GRUPOS E CÂMARAS TÉCNICAS

Associação Médica Brasileira (AMB): Materiais e Implantes; Câmara Técnica para revisão da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM); Conselho Federal de Medicina (CFM): Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia – Núcleo Parto Normal; Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS): Rede Interagencial de Informações Para a Saúde (RIPSA) – coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) idealizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno; *Health Technology Assessment International* (HTAi).

EVENTOS DE MASSA

Participação relacionada às ações de saúde suplementar (urgência e emergência) para os Jogos Olímpicos de 2016, em conjunto com as operadoras de planos de saúde, representantes de hospitais privados, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e entidades representantes das operadoras; e Grupo Executivo dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos de 2016 – GEOLIMPIADAS.

5.6 COOPERAÇÃO TÉCNICA COM O CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ)

Em maio de 2016, a ANS e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), firmaram termo de cooperação técnica, por meio do qual se comprometem a promover o intercâmbio de dados e informações sobre o setor de planos de saúde para redução de demandas judiciais ou agilização do julgamento de causas em andamento. O objetivo é que a troca de informações técnicas e judiciais viabilize a solução célere dos conflitos entre beneficiários e operadoras, sem a necessidade de instauração de demandas judiciais.

A ANS também irá colaborar com a implementação do Sistema Nacional de Mediação Digital, ferramenta lançada recentemente pelo CNJ dentro da Política Judiciária Nacional de Tratamento Adequado dos Conflitos de Interesse no Âmbito do Judiciário.

6. FISCALIZAÇÃO

Entre as principais atividades relacionadas à fiscalização destacam-se a implementação da RN nº 388, de 2015; a resolutividade da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) e a implementação da Central de Atendimento para pessoas com deficiência auditiva.

6.1 IMPLEMENTAÇÃO DA RN Nº 388, DE 2015

A RN nº 388, de 2015 promoveu profundas alterações nos procedimentos adotados pela ANS para a estruturação das ações fiscalizatórias, tendo como foco a racionalização do processo administrativo sancionador da Agência.

A norma criou um sistema que induz a operadora a resolver mais rapidamente a demanda do beneficiário e estipula que as operadoras de planos de saúde que descumprirem a legislação e os normativos regulatórios serão autuadas automaticamente. Isso é, constatando-se indícios de infração, o auto de infração é imediatamente lavrado e a operadora é intimada para apresentar sua defesa.

As medidas apresentaram resultados que podem ser consultados no Relatório de resultados da Diretoria de Fiscalização da ANS 2016.



Em março de 2017, a Agência publicou os resultados alcançados no âmbito da fiscalização 2016, disponíveis em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/relatorio_difis_2016FINAL.PDF

6.2 NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIACÃO PRELIMINAR (NIP)

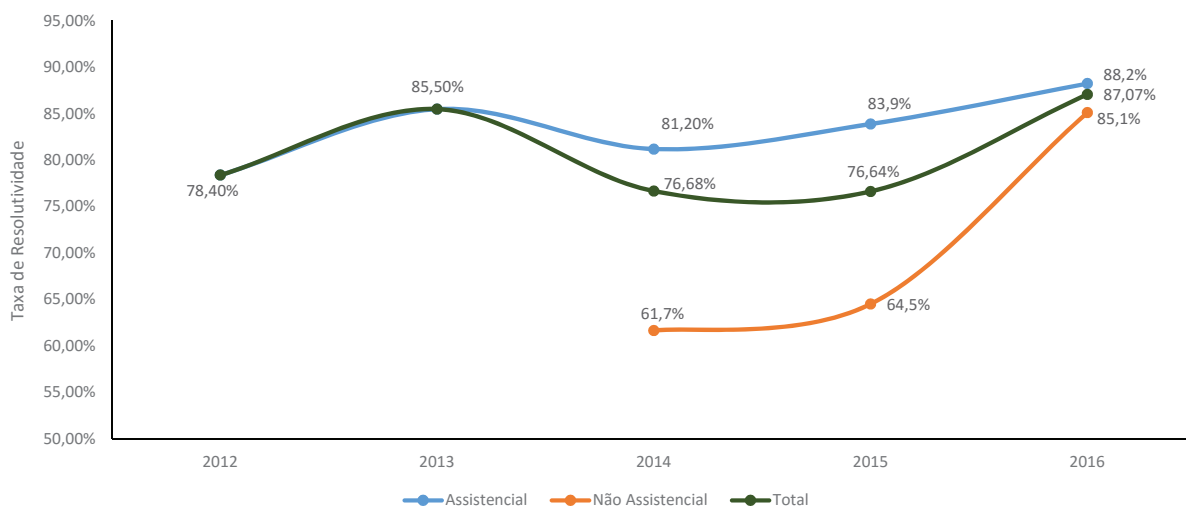
A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) é um instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos de cobertura assistencial entre operadoras e consumidores. A NIP pode ser assistencial e não assistencial. Na NIP assistencial, a notificação terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial; e na NIP não assistencial, a notificação terá como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

A partir da publicação da RN nº 388, de 2015, o processo administrativo sancionador da ANS passou a ser dividido em duas fases: uma fase pré-processual e outra processual. A fase pré-processual pode se dar pela instauração de um Procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) ou pela instauração de um Procedimento Administrativo Preparatório. A NIP pode ser classificada como assistencial (em casos de toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial) ou não assistencial (outros temas passíveis de intermediação que afetem o beneficiário).

Em estudo realizado com base nos dados históricos da fiscalização da ANS, constatou-se que, antes da publicação da RN nº 388, de 2015, 75% das demandas não assistenciais encaminhadas aos Núcleos

da ANS eram arquivadas por insubsistência de indícios de infração. Após a vigência da Resolução Normativa, com a execução do fluxo de análises fiscalizatórias das NIPs, atingiu-se índices de resolutividade mais elevados, chegando em 2016 à marca de 88,8%.

GRÁFICO 5 - ÍNDICE DE RESOLUTIVIDADE POR NATUREZA NIP E RESOLUTIVIDADE TOTAL POR ANO DE ATENDIMENTO - 2012 A 2016






Fonte: Sistema Integrado de Fiscalização (SIF/ANS, Data Extração 13/02/2017).

Nota: Antes de 19/03/2014 (data de entrada em vigência da RN nº 343/2013) comente demandas "Assistenciais" eram tramitadas pelo fluxo NIP.

Nota 2: Resolutividade da NIP é a medida do total de reclamações de beneficiários/consumidores que são finalizadas no âmbito da NIP sem necessidade de abertura de processo administrativo sancionador.

6.3 CANAIS DE RELACIONAMENTO COM O CONSUMIDOR

 Disque ANS 0800 701 9656	 Central de Atendimento www.ans.gov.br	 Atendimento pessoal 12 Núcleos da ANS. Acesse o portal e confira os endereços.	 Atendimento exclusivo para deficientes auditivos 0800 021 2105
---	--	---	---

A ANS mantém a 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. A Central de Relacionamento é formada pelo Disque ANS (08007019656); pela Central de Atendimento por meio do formulário eletrônico disponível no portal da ANS na internet; e pelos 12 núcleos de atendimento presentes em 11 estados do país. Em 2016, o Disque ANS recebeu 691.417 ligações (com uma capacidade de atendimento de 180 ligações simultâneas), a Central de Atendimento 25.233 demandas e os Núcleos da ANS realizaram 7.074 atendimentos. Do total de atendimentos realizados pela Agência 279.276 foram pedidos de informação e 89.728 reclamações.

6.4 CENTRAL DE ATENDIMENTO PARA DEFICIENTES AUDITIVOS



Em novembro de 2016, a ANS lançou uma central para atendimento especializado a deficientes auditivos. Por meio do número 0800 021 2105, o consumidor poderá fazer chamadas gratuitas com o objetivo de esclarecer dúvidas ou registrar reclamações sobre planos de saúde.

O atendimento especializado será realizado com o uso de um aparelho eletrônico específico — TTY, que permite que as respostas transmitidas sejam visualizadas por meio de texto no próprio visor do telefone. Dessa forma, o consumidor também deverá fazer a ligação pelo mesmo tipo de aparelho.

6.5 BOLETIM EM PARCERIA COM A SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR



A ANS em parceria com a Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON/MJ) elaboraram, em 2015, plano de trabalho para a publicação periódica de boletim informativo eletrônico, sobre temas relacionados ao setor de planos de saúde. O objetivo da publicação é disseminar informações relevantes para o consumidor e, dessa forma, aumentar sua capacidade de escolha e decisão.

Em janeiro de 2016, foi lançado o primeiro boletim. A primeira edição trata da Resolução Normativa da Transparência, a RN nº 389, de 2015, que obriga as operadoras a criarem áreas exclusivas para consumidores e pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde em seus portais na internet, o que será tratado no decorrer deste Relatório. A manutenção de planos de saúde para aposentados e demitidos foi o assunto da segunda edição do boletim, e traz informações sobre manutenção do plano de saúde nos casos de demissão sem justa causa ou de aposentadoria.

Os boletins Consumo e Planos de Saúde estão disponíveis nos portais da ANS e da Secretaria Nacional do Consumidor e são enviados para os órgãos que integram o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor.

6.6 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE OPERADORAS QUE SERÃO OBJETO DO SEGUNDO CICLO DA INTERVENÇÃO FISCALIZATÓRIA



A Intervenção Fiscalizatória é o conjunto de ações que são executadas, a cada semestre, nas operadoras de planos de saúde selecionadas conforme os critérios definidos em Nota Técnica previamente publicada. O objetivo é identificar e solucionar condutas infrativas, potencial ou efetivamente praticadas, e que resultem em danos concretos aos beneficiários. A medida atende os dispostos da RN nº 388, de 2015.

O primeiro ciclo foi iniciado com a entrada em vigor da RN nº 388; os demais serão sucessivos e subsequentes, com cortes temporais semestrais. As operadoras objeto de Intervenção Fiscalizatória que, ao final do ciclo de acompanhamento não migrarem, no mínimo, para a faixa imediatamente melhor qualificada ou não providenciarem os ajustes das irregularidades apontadas no relatório de diagnóstico, sofrerão a aplicação de medidas sancionadoras.

A partir de agosto de 2016, a ANS divulgará nota técnica com o detalhamento dos critérios a serem utilizados para a seleção das operadoras que irão compor o Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória. Em dezembro de 2016, a Agência publicou nota técnica que detalha os critérios para a seleção das operadoras que irão compor o Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória, entre 15 de fevereiro e 14 de agosto de 2017.

6.7 NOVAS REGRAS PARA QUALIFICAR O ATENDIMENTO DAS OPERADORAS

A operadora é o primeiro canal de atendimento do consumidor e precisa dar a este uma resposta rápida e satisfatória. Para incentivar a melhoria do atendimento prestado pelas operadoras aos beneficiários nas solicitações de procedimentos e serviços de cobertura assistencial, a ANS publicou a RN nº 395, de 2016, que estabelece prazos para a prestação de informações ao consumidor, disciplinando e qualificando o atendimento, e obrigando as operadoras a disponibilizar canais de contato presencial e telefônico.

Com a medida, a ANS busca incentivar um atendimento adequado à demanda, que assegure o acesso e a utilização dos serviços, a informação clara e precisa quanto aos serviços contratados e a prestação imediata de informações e orientações sobre o procedimento ou serviço solicitado. Pretende-se induzir a apresentação de solução cada vez mais célere às demandas dos beneficiários, em prazo inferior ao estabelecido na RN do Monitoramento da Garantia de Atendimento.

6.8 ENTENDIMENTOS DA DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO DISPONÍVEIS PARA CONSULTA

Em abril de 2016, a Agência publicou em seu portal na internet, na área de Transparência Institucional, os entendimentos aplicados pela Diretoria de Fiscalização (DIFIS) no âmbito de sua atuação.

O Entendimento DIFIS trará questões que deverão versar necessariamente sobre: i) dúvida razoável quanto à configuração de infrações e/ou quanto à aplicação das penalidades correspondentes, em matéria cuja atribuição seja da DIFIS; ii) temas recorrentes, que impactem diretamente no fluxo de trabalho da DIFIS e na atuação dos agentes designados para exercer a função fiscalizatória, e iii) temas relevantes e de maior repercussão, com efetivo potencial de gerar impactos regulatórios indesejados, em matérias cuja atribuição seja da Diretoria.

6.9 DEBATES FISCALIZATÓRIOS

A Agência promoveu o evento Debates Fiscalizatórios, que reuniu representantes de órgãos de defesa do consumidor, de mercado regulado e da sociedade em geral. O encontro teve como objetivo debater o aprimoramento e a evolução do processo de fiscalização do setor de planos de saúde.

Foram apresentados os resultados de ações que impactaram diretamente na redução do tempo médio de apuração e de decisão de processos administrativos. Os próximos debates serão realizados em grupos de trabalho, que contará com a participação de representantes dos órgãos de defesa do consumidor, das operadoras e de todas as diretorias da ANS. Este grupo terá como missão aprofundar os estudos e analisar as propostas e contribuições para, ao final, apresentar uma proposta de modelo de fiscalização efetiva, proporcional e eficiente.

III - DESTAQUES DA GESTÃO INSTITUCIONAL

Destacam-se a transmissão ao vivo das reuniões de Diretoria Colegiada e a divulgação antecipada da pauta das mesmas; a implementação da política de gestão de riscos na ANS; a implantação do processo administrativo digital; e a revisão da Carta de Serviços da Agência.

TRANSMISSÃO AO VIVO DAS REUNIÕES DE DIRETORIA COLEGIADA

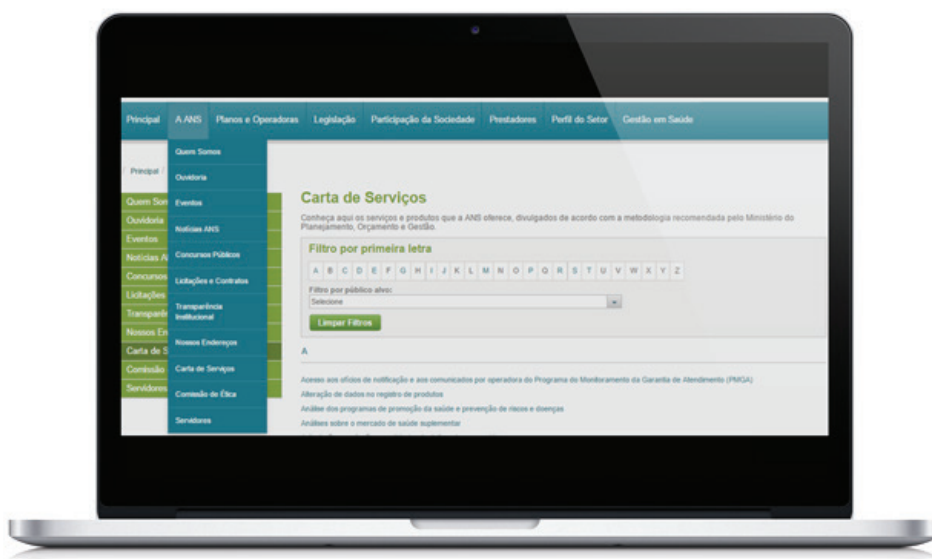
Em 20 de abril de 2016, foi realizada a primeira transmissão ao vivo das reuniões de Diretoria Colegiada, pelo portal da ANS e pela página da ANS no *You Tube*. A partir desta data, todas as reuniões de Diretoria Colegiada passaram a ser transmitidas ao vivo, a pauta será divulgada com antecedência, inclusive os arquivos dos conteúdos que serão abordados, e vídeo da transmissão permanecerá disponível no portal e na página da ANS no *YouTube*. Esse foi um importante passo para a publicidade de suas ações e para a democratização do acesso às decisões de cada um dos cinco diretores.

CARTA DE SERVIÇOS AO CIDADÃO REFORMULADA

A Carta de Serviços ao Cidadão tem por objetivo informar à sociedade os serviços prestados por órgãos ou entidades públicas, bem como as formas de acesso a esses serviços e seus respectivos compromissos e padrões de qualidade de atendimento ao público. Isso antes mesmo de se estabelecer um contato telefônico ou presencial, o que representa ganho de tempo para a população.

Em setembro de 2016, a Agência publicou uma nova Carta de Serviços disponível em seu portal na Internet em <http://www.ans.gov.br/aans/nossos-servicos>.

A Carta de Serviços da ANS se destina aos seguintes públicos: beneficiários de planos de saúde, operadoras, prestadores de serviços, gestores do SUS, pesquisadores, sindicatos e centrais sindicais, órgãos de defesa do consumidor e empresas interessadas em contratar planos de saúde para seus funcionários.



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 da matéria, 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 pela Resolução Administrativa nº 60, de 2014. Foram designados os membros do Comitê de Avaliação de Riscos (COMARI) e definidos os servidores que atuarão como Agentes de Riscos.

Foi realizada Capacitação dos Agentes de Riscos na ISO/IEC 31010:2009 (Avaliação de Riscos – Seleção de Ferramentas e Técnicas de Avaliação de Riscos), em duas turmas: novembro de 2015 e janeiro de 2016, com, aproximadamente, 30 servidores. Também foi definido o Processo de Avaliação de Riscos a ser adotado na Agência, com base nas normas ISO 31000:2009 (Gestão de Riscos – Princípios e Diretrizes), e COSO ERM.

Em 2016, foram iniciados 21 processos de avaliação de riscos em processos de trabalho da Agência, finalizando o ano com sete processos na fase de Planejamento (estabelecimento do contexto e identificação dos riscos), oito na fase de Execução (análise, avaliação e tratamento dos riscos) e seis na fase de Relatório (comunicação e consulta).

INOVAÇÃO INSTITUCIONAL - PROCESSO ADMINISTRATIVO DIGITAL

Em dezembro de 2015, a ANS assinou o acordo de cooperação técnica com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) para a implantação do processo administrativo em meio digital, utilizando o Sistema Eletrônico de Informações (SEI). Com o acordo, a ANS passa a ter o direito de uso, de forma gratuita, do software SEI, uma plataforma desenvolvida pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região (Rio Grande do Sul) para criar, elaborar, tramitar e gerir processos e documentos eletronicamente, com atualização e comunicação de novos eventos em tempo real.

O objetivo da ANS é ganhar agilidade, produtividade, transparência, sustentabilidade e reduzir custos, substituindo o uso das folhas de papel pela versão eletrônica, a exemplo do que já é realidade em diversos órgãos do Judiciário e do Executivo.

UM ESPAÇO ABERTO PARA A INTERAÇÃO E O CONHECIMENTO

O Espaço Aberto é realizado desde junho de 2006. Seus encontros começaram restritos a uma gerência, que convidava técnicos da Agência para explicar processos de trabalho, sistemas de informação e normas recém-publicadas. Posteriormente, estendeu-se para uma diretoria e, como a participação de técnicos das demais diretorias começou a ser muito 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, e tem se revelado propício para o aprimoramento das equipes e para a aproximação das pessoas. De 2006 a 2016, foram realizados 230 encontros. De 2009 (quando o número de participantes começou a ser registrado) até outubro de 2016, o Espaço Aberto contou com 5.012 participações.

Ano	Eventos	Participantes	Média
2016	15	450	30
2015	23	805	35
2014	26	845	33
2013	23	894	39
2012	3	100	33
2011	16	445	28
2010	20	652	33
2009	29	821	28
2008	34	Nº não era registrado	-
2007	29	Nº não era registrado	-
2006	14	Nº não era registrado	-
2006/2016	232	5.012	32

ENCONTRO SOBRE ARRANJO INSTITUCIONAL DAS AGÊNCIAS REGULADORAS – FÓRUM DA AGÊNCIAS REGULADORAS

Em julho de 2016, a Diretoria de Gestão realizou encontro com seus servidores e palestrantes de outras instituições para uma discussão sobre o arranjo institucional das agências reguladoras.

O objetivo foi apresentar diferentes modelagens de arranjos organizacionais existentes nas agências reguladoras, com foco na integração das áreas, estabilidade regimental e seus impactos gerais na governança. A partir do organograma institucional de cada Agência, os palestrantes da ANEEL, ANP, ANCINE E ANATEL traçaram considerações técnicas sobre as vantagens e desvantagens de cada modelo de arranjo, visando à busca da eficiência na regulação. Foram apresentados os impactos dos diferentes desenhos na autonomia técnica e administrativa das autarquias. Ao longo dos debates, ficou evidente que os diferentes arranjos institucionais apresentados provocam resultados diversos na eficiência, transparência e na gestão operacional e de pessoas.

ANEXO

I - RESOLUÇÕES NORMATIVAS EM 2016

Nº RN	Data DOU	Assunto
395	15/01/2016	Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.
396	26/01/2016	Altera a Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.
397	05/02/2016	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
398	11/02/2016	Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante.
399	15/02/2016	Altera a Resolução Normativa – RN nº 205, de 8 de outubro de 2009, que estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos – SIP.
400	26/02/2016	Dispõe sobre os parâmetros e procedimentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde e de monitoramento estratégico do mercado de saúde suplementar.
401	26/02/2016	Altera a Resolução Normativa – RN nº 316, de 30 de novembro de 2012, que dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde, e a RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que institui o Regimento Interno da ANS.
402	07/03/2016	Altera a Resolução Normativa n.º 237, de 21 de outubro de 2010, que dispõe sobre o regimento Interno da Câmara de Saúde Suplementar.
403	10/03/2016	Altera a Resolução Normativa nº 307, de 22 de outubro de 2012 que dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

continuação

Nº RN	Data DOU	Assunto
404	13/04/2016	Altera a Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e dá outras providências; e a RN nº 198, de 16 de junho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
405	10/05/2016	Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências.
406	01/06/2016	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a Resolução Normativa nº 198 de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
407	06/06/2016	Altera a Resolução Normativa – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo vírus Zika.
408	07/06/2016	Estabelece os procedimentos para que o interessado obtenha vistas e cópias de documentos e de processos administrativos, certidões para a defesa de direitos e esclarecimentos de situações, bem como dispõe sobre as regras, critérios e procedimentos a serem observados para a realização de reunião com o particular, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e altera a RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que instituiu o Regimento Interno da ANS.
409	25/07/2016	Altera o anexo da Resolução Normativa Nº 398, de 05 de fevereiro de 2016, a qual dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante.

Nº RN	Data DOU	Assunto
410	19/08/2016	Dispõe sobre a prorrogação do prazo de aplicação da Resolução nº 4.444, de 13 de novembro de 2015, do Conselho Monetário Nacional – CMN, no setor de saúde suplementar, conforme possibilidade prevista no § 2º do artigo 25 da Resolução Normativa – RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe, em especial, sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar.
411	22/09/2016	Institui a comunicação eletrônica entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e as operadoras de plano privado de assistência à saúde.
412	11/11/2016	Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão.
413	14/11/2016	Dispõe sobre a contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
414	14/11/2016	Altera a Resolução Normativa – RN nº 388, de 25 de novembro de 2015, que dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias, e altera a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.
415	29/11/2016	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituído pela Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, a RN nº 198, de 16 de julho de 2009.
416	23/12/2016	Dispõe sobre o Monitoramento do Risco Assistencial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde.
417	23/12/2016	Dispõe sobre o Plano de Recuperação Assistencial e sobre o regime especial de Direção Técnica, no âmbito do mercado de saúde suplementar, revoga a RN nº 256, de 18 de maio de 2011, e dá outras providências.
418	28/12/2016	Altera os Anexos da Resolução Normativa – RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde, e altera a RN nº 173, de 10 de julho de 2008, que dispõe sobre a versão XML (<i>Extensible Markup Language</i>) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS.
419	28/12/2016	Altera a Resolução Normativa – RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências.

II - INSTRUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2016

Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
12/DIFIS	26/01/2016	Dispõe sobre o conceito e os procedimentos a serem observados na emissão de Entendimento DIFIS, instrumento oficial da Diretoria de Fiscalização – DIFIS para a fixação e uniformização dos entendimentos a vigorarem nas ações e atividades de fiscalização e revoga a Instrução de Serviço – IS nº 15, de 15 de fevereiro de 2011, da Diretoria de Fiscalização.
62 / DIDES	15/02/2016	Regulamenta o tratamento dispensado às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas, doravante denominadas demandas, que, por qualquer meio, forem recebidas pela DIDES, relacionadas às Resoluções Normativas nº 363, de 11 de dezembro de 2014, nº 364, de 11 de dezembro de 2014, e nº 365, de 11 de dezembro de 2014.
13 / DIFIS	29/07/2016	Dispõe sobre os procedimentos a serem observados para o Ciclo de Fiscalização e para a Intervenção Fiscalizatória, previstos nos arts. 45, 46 e 48 a 54, da Resolução Normativa – RN nº 388, de 25 de novembro de 2015.
52 / DIOPE	22/09/2016	Dispõe sobre a comunicação eletrônica entre a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE e as operadoras de plano privado de assistência à saúde.
63 / DIDES	26/10/2016	Dispõe sobre a regulamentação dos parágrafos do artigo 7º da Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros estabelecimentos de saúde não hospitalares.
64 / DIDES	11/11/2016	Altera a Instrução Normativa nº 63 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, de 25 de outubro de 2016, que dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e demais estabelecimentos de saúde não hospitalares.
14 / DIFIS	14/11/2016	Altera a Instrução Normativa – IN nº 13, de 28 de julho de 2016, da Diretoria de Fiscalização – DIFIS, que dispõe sobre os procedimentos a serem observados para o Ciclo de Fiscalização e para a Intervenção Fiscalizatória previstos nos arts. 45, 46 e 48 a 54, da Resolução Normativa – RN nº 388, de 25 de novembro de 2015.

continuação

Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
49 / DIPRO	23/12/2016	Dispõe sobre as medidas administrativas decorrentes da avaliação das operadoras de planos de assistência à saúde no Monitoramento do Risco Assistencial, a que se refere a RN nº 416, de 22 de dezembro de 2016.
50 / DIPRO	23/12/2016	Regulamenta a Resolução Normativa – RN nº 417, de 22 de dezembro de 2016, para dispor, em especial, sobre o Plano de Recuperação Assistencial, sobre o regime especial de Direção Técnica e sobre o Programa de Saneamento Assistencial no curso do regime especial de Direção Técnica, e revoga a Instrução Normativa – IN nº 33, 6 de julho de 2011, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

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



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



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



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



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

