

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2017



Rio de Janeiro | 2018

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

2017

DIRETORIA COLEGIADA DA ANS EM 2017

José Carlos de Souza Abrahão

Diretor de Gestão de 02/06/2016 até 11/05/2017

Diretor-Presidente de 16/06/2015 até 11/05/2017

Leandro Fonseca da Silva

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

Diretor de Gestão Interino de 12/05/2017 a 24/07/2017

Diretor-Presidente Substituto a partir de 12/05/2017

Karla Santa Cruz Coelho

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

Martha Regina de Oliveira

Diretora de Desenvolvimento Setorial de 21/08/2014 até 12/05/2017

Simone Sanches Freire

Diretora de Fiscalização a partir de 16/05/2014 até 11/05/2017

Diretora de Fiscalização a partir de 08/09/2017

Diretora interina na DIGES de 25/07/2017 até 30/12/2017

Rodrigo Rodrigues de Aguiar

Diretor de Desenvolvimento Setorial a partir de 08/09/2017

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

2017



Rio de Janeiro | 2018

RELATÓRIO DE ATIVIDADES - 2017



2018. 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 <http://www.ans.gov.br/biblioteca/>

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

FOTOGRAFIA (CAPA) – ISTOCK PHOTOS

NORMALIZAÇÃO

BIBLIOTECA/CGECO/GEQIN/DIRAD/DIGES

Ficha Catalográfica

A 265r

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).

Relatório de atividades 2017 [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar: Gerência Geral de Análise Técnica da Presidência. – Rio de Janeiro: ANS, 2018.
3MB; ePUB.

1. Relatório de atividades. 2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Gerência Geral de Análise Técnica da Presidência. I. Título.

CDD 352.806

[Catalogação na fonte – Biblioteca ANS](#)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Consulta Pública - Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018 – Distribuição de Contribuições Válidas por Tipo de Contribuinte	16
Gráfico 2	Valor Anual Repassado ao Fundo Nacional de Saúde (em R\$ milhões) – 2013 a 2017	41
Gráfico 3	Encaminhamento para Inscrição em Dívida Ativa (Valor Total enviado no período) – 2013 a 2017	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018 – Principais Incorporações	17
Tabela 2	Regras para pedido de cancelamento de plano de saúde e para contratação de planos por empresários individuais	28
Tabela 3	Direções Fiscais, 2010 a 2017	33
Tabela 4	Liquidações Extrajudiciais, 2010 a 2017	33
Tabela 5	Dimensões do IDSS 2017 – Ano-base 2016	35
Tabela 6	Distribuição de beneficiários por porte das operadoras de planos de saúde em 2017	38
Tabela 7	Publicações editadas pela ANS em 2017	49
Tabela 8	Participação da ANS em Audiências Públicas no Poder Legislativo Federal em 2017	61
Tabela 9	Principais Medidas do Novo Sistema de Fiscalização	66
Tabela 10	Institutos da proposta do Novo Sistema de Fiscalização	68
Tabela 11	Espaço Aberto – 2016 e 2017	73
Tabela 12	Eventos institucionais em 2017	74

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Tela de orientações sobre Dispositivos Médicos Implantáveis	22
Ilustração 2	Tela de orientações sobre Dispositivos Médicos Implantáveis	22
Ilustração 3	Portabilidade de Carências - propostas de mudança	31
Ilustração 4	Programa de Escala Adequada (PEA)	37
Ilustração 5	Informações importantes para os beneficiários de operadoras de planos de saúde em Programa de Escala Adequada (PEA)	39
Ilustração 6	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS)	44
Ilustração 7	Capa do Plano de Dados Abertos – PDA ANS 2017-2019	46
Ilustração 8	Tela do Portal Brasileiro de Dados Abertos	47
Ilustração 9	Tela da Biblioteca ANS	47
Ilustração 10	Destaque para o ícone de acesso à Biblioteca ANS	48
Ilustração 11	Parceiros da Cidadania em 2017	65
Ilustração 12	Tratamento por faixa de desempenho no Novo Sistema de Fiscalização	67
Ilustração 13	Canais de Relacionamento com o Consumidor	69
Ilustração 14	Eixos temáticos da Agenda Regulatória 2016/2018	70
Ilustração 15	Campanha Agosto Dourado em Redes Sociais – agosto/2017	81
Ilustração 16	Campanha do Projeto Parto Adequado nas redes sociais para sensibilizar gestantes e profissionais de saúde a evitarem o agendamento de cesarianas – dezembro/2017	82
Ilustração 17	Post sobre Depressão, integrante de Campanha no Mês da Saúde – abril/2017	83

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
I – BREVE BALANÇO DE 2017	12
II – PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS EM 2017	15
1. ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL	15
1.1 Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	
1.2 Projeto Parto Adequado	
1.3. Projeto Idoso Bem-Cuidado	
1.4 Projeto OncoRede	
1.5 Prevenção da Obesidade	
1.6 Projeto Sua Saúde	
1.6.1 Orientações sobre Dispositivos Médicos Implantáveis (DMIs) para beneficiários	
1.7 Projeto Sorrir	
1.8 Laboratórios de Inovação	
1.8.1 Laboratório de Inovação e Reconhecimento a Boas Práticas sobre Segurança do Paciente na Saúde Suplementar	
1.8.2 Laboratório de Inovação em Atenção Primária na Saúde Suplementar	
1.9 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – PROMOPREV	
1.10 Monitoramento da Garantia de Atendimento	
1.11 Regulação da Estrutura dos Produtos: critérios para redimensionamento de rede hospitalar	
1.12 Aperfeiçoamento da avaliação da qualidade de operadoras e prestadores	
1.13 Coparticipação e franquia	
1.14 Novas regras para pedido de cancelamento de plano de saúde e para contratação de planos por empresários individuais	
1.15 Resolução Normativa sobre junta médica e odontológica	
1.16 Regulamentação da visita técnico-assistencial	
1.17 Portabilidade de carências: proposta para alteração da Resolução Normativa nº 186, de 2009	

SUMÁRIO

2. SUSTENTABILIDADE DO SETOR	32
2.1 Autorização prévia anual para movimentação dos ativos garantidores: Instrução Normativa nº 54, de 2017	
2.2 Monitoramento dos Regimes Especiais	
2.3 Proposta de nova regra de capital para operadoras	
2.4 IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2016	
2.5 Fator de Qualidade (FQ)	
2.6 Debates sobre modelos de remuneração do setor	
2.7 Programa de Escala Adequada (PEA)	
2.8 Compartilhamento de gestão de riscos	
2.9 Regras para adesão ao Programa de Regularização de Débitos (PRD)	
3. INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	41
3.1 Ressarcimento ao SUS	
4. ACESSO À INFORMAÇÃO	43
4.1 Portal da ANS na internet	
4.2 Informações completas dos prestadores de serviços de saúde e Pesquisa da qualidade dos prestadores com novas funcionalidades no Portal da ANS	
4.3 Área restrita reúne sistemas e aplicativos da ANS	
4.4 Aprimoramento do acesso a informações sobre uso e custos de procedimentos	
4.5 Sala de Situação com novas funcionalidades	
4.6 Dados Abertos da ANS	
4.7 Biblioteca da ANS	
4.8 Publicações	
5. PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ARTICULAÇÃO SETORIAL	60
5.1 Câmara de Saúde Suplementar	
5.2 Câmaras e Grupos Técnicos	
5.3 Consultas e Audiências Públicas	
5.4 Participação em Audiências Públicas no Poder Legislativo Federal	
5.5 Grupos de Trabalho em articulação com os Poderes Executivo e Judiciário	

SUMÁRIO

6. FISCALIZAÇÃO	63
6.1 Entendimento sobre Reembolso	
6.2 Redução do trâmite processual	
6.3 Avanços na Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)	
6.4 Parceiros da Cidadania: novos acordos de cooperação	
6.5 Grupo de Trabalho Debates Fiscalizatórios	
6.6 Proposta para implementação de novo sistema de fiscalização	
6.7 Canais de Relacionamento com o Consumidor	
III – DESTAQUES DA GESTÃO INSTITUCIONAL	70
ANEXOS	
I - Resoluções Normativas publicadas em 2017	
II - Instruções Normativas publicadas em 2017	
III – Resoluções Regimentais publicadas em 2017	
IV - Súmulas Normativas publicadas em 2017	

APRESENTAÇÃO

O Relatório de Atividades tem o objetivo de prestar contas à sociedade das principais atividades realizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 2017.

Seu conteúdo é organizado em três partes e um anexo. A primeira parte apresenta um breve balanço do ano de 2017, com os números do setor e os principais avanços realizados no período. Na sequência, são destacadas as principais ações realizadas em 2017, organizadas em campos de atuação - Acesso e Qualidade Assistencial, Sustentabilidade do Setor, Integração com o Sistema Único de Saúde (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, e as Resoluções Regimentais publicadas pela Agência em 2017.

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 2017.

I - BREVE BALANÇO DE 2017

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, em dezembro de 2017, por 945 operadoras médico-hospitalares e 339 exclusivamente odontológicas, com respectivamente, 47,3 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 23,2 milhões em planos exclusivamente odontológicos. Do total de beneficiários com planos de assistência médica, 9,2 milhões têm planos com tipo de contratação individual e familiar, 31,5 milhões coletivo empresarial e 6,4 milhões com plano coletivo por adesão. Entre os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, 4 milhões têm planos com tipo de contratação individual e familiar, 17 milhões coletivo empresarial e 1,9 milhão coletivo por adesão. Praticamente um em cada quatro habitantes possui plano de assistência médica no país.

Além do número expressivo de consumidores, o setor tem relevância econômica para o país: a receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares atingiu R\$ 176,04 bilhões em 2017 e a despesa assistencial correspondeu a R\$ 149,05 bilhões, com 84,66% de sinistralidade. As operadoras exclusivamente odontológicas apresentaram receita de R\$ 3,26 bilhões, despesa assistencial de R\$ 1,53 bilhão e sinistralidade de 46,93%.

No total, 53.144 planos de assistência médica estavam em comercialização em dezembro de 2017. Cerca de 137,5 mil estabelecimentos ambulatoriais; 2,5 mil para internação; 20.7 mil serviços de apoio à diagnose e terapia; e 2,3 mil estabelecimentos com atendimento à urgência formavam a rede de estabelecimentos de saúde que atendem ao setor, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).

AVANÇOS

Em 2017, a atividade regulatória da ANS foi aprimorada em várias áreas.

Houve avanço na revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, com a inclusão de 18 novos procedimentos – entre exames, terapias e cirurgias que atendem diferentes especialidades - e a ampliação de cobertura para outros sete procedimentos, incluindo medicamentos orais contra o câncer. Também foi incorporado ao Rol um medicamento para tratamento da esclerose múltipla.

Em 2017, a Agência recebeu 669.730 mil ligações pelo Disque ANS (485.886 transferidas para atendimento humano e 183.844 para atendimento eletrônico), e registrou 329 mil demandas por telefone, 22 mil demandas pela Central de Atendimento no portal da ANS, 5 mil atendimentos nos Núcleos da ANS no país e mais mil atendimentos por outros meios de comunicação. Assim, recebeu

um total de 357 mil demandas, das quais 268 mil pedidos de informações (75%) e 89 mil (25%) reclamações de beneficiários.

Por meio da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, a Agência atuou fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, resolvendo, em 2017, 89,1% das demandas assistenciais de forma célere, sem necessidade de abertura de um processo sancionador.

Desde abril, consumidores que registram demandas de informação e reclamação na Agência passaram a receber mensagens de SMS no celular informando o andamento de seus pleitos. Essa medida representa conveniência e qualidade de serviços para o cidadão e se constitui em ferramenta de incremento da transparência ativa no acompanhamento da atuação da ANS.

A ANS repassou valor recorde ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 2017: R\$ 585,41 milhões. O valor é o maior já repassado anualmente pela ANS desde a sua criação, em 2000, e representa um aumento de mais de 85% em comparação ao montante arrecadado em 2016. Desde 2000, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 3,28 bilhões, referentes a cerca de 2,1 milhões de atendimentos a beneficiários no sistema público de saúde. Desse total, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) foi resarcido pela ANS em R\$ 2,06 bilhões, o equivalente a 64% do que foi efetivamente cobrado das operadoras.

Em continuidade ao Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, em 2017 foram 154 suspensões de planos de saúde, a medida protegeu diretamente cerca de um milhão de beneficiários.

No cumprimento de sua missão institucional, além de normas para incremento de qualidade do serviço prestado e de ações indutoras para mudança de modelos, a Agência dissemina informações sobre o setor de planos de saúde e sobre as operadoras ativas no mercado de forma a proporcionar decisões e escolhas conscientes. Nesse campo, alinhada à Política de Dados Abertos do Governo Federal, em 2017, a divulgação de dados em formato aberto integrados ao Catálogo de Dados Abertos do Governo Federal (dados.gov.br) constituiu-se em medida importante.

A qualificação do setor, que está diretamente ligada à saúde e bem-estar físico e mental dos beneficiários de planos de saúde, é prioridade para a Agência. Por meio de projetos específicos (Parto Adequado, Idoso bem Cuidado, Sorrir e OncoRede), a ANS estimula a melhoria da qualidade e a mudança do modelo assistencial e de remuneração de prestadores de saúde. São projetos que, de maneira geral, visam o cuidado centrado no paciente e conferem maior transparência e equilíbrio ao setor, beneficiando toda a cadeia de atenção à saúde.

Assim é o Projeto Parto Adequado, destinado a estimular partos normais na saúde suplementar, que entrou em sua segunda fase, ampliando o número de instituições participantes para 153 hospitais privados e públicos e 65 operadoras de planos de saúde em todo o país. Em 2017 também, o Projeto Idoso Bem Cuidado, visando à melhoria da qualidade da atenção à saúde dos idosos, conta hoje com 64 projetos selecionados dentre 74 inscritos em franco desenvolvimento por 49 operadoras e 18 prestadores de serviços de saúde. O Projeto Sorrir, tem o objetivo de aperfeiçoar o atendimento a beneficiários de planos de saúde odontológicos, revisou protocolos e estratégias adotados na primeira fase da iniciativa e deu início à sua segunda fase, para que outras operadoras e prestadores se juntassem à iniciativa, conferindo maior capilaridade ao Projeto.

Buscando tornar as informações sobre qualificação mais próximas dos beneficiários de planos de saúde, a Agência aperfeiçou em seu portal o sistema de pesquisa do Programa de Qualificação dos

Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS). O buscador ganhou nova identidade visual e a possibilidade da busca por instituições com núcleo de segurança do paciente, ou que realizem projetos de indução da qualidade da ANS, que são o Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e OncoRede. O beneficiário também pode filtrar a busca pelo tipo de Acreditação, que é a verificação externa que mede a qualidade da assistência através de um conjunto de padrões previamente estabelecidos.

Em 2017, 33.982 profissionais de saúde participaram do QUALISS, sendo 25.919 médicos, 4.112 dentistas, 1.824 fonoaudiólogos, 888 fisioterapeutas, 667 psicólogos, 454 farmacêuticos, 90 terapeutas ocupacionais, 15 enfermeiros e 13 nutricionistas. Quanto aos estabelecimentos acreditados, são 1.485 no total (1.136 laboratórios, 201 clínicas ou centros de especialidade, 116 hospitais gerais, 26 hospitais especializados e seis hospitais-dia).

Em 2017, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi criado o Laboratório de Inovações sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar. O objetivo é identificar e reconhecer o esforço de operadoras de planos de saúde na implementação de projetos que objetivem aprimorar o cuidado em saúde de seus beneficiários, utilizando modelos de atenção inovadores, baseados na atenção primária.

A Agência também disponibilizou em seu portal na internet, na página do Projeto Sua Saúde, orientações aos beneficiários de planos de saúde sobre Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) e Etiquetas de Rastreio – Segurança do Paciente. O material tem por objetivo esclarecer o que são e para que servem estes dispositivos – órteses, próteses e materiais especiais.

Quanto às normas econômico-financeiras, para que as operadoras não tivessem dificuldades na administração segura dos recursos financeiros captados, a ANS publicou uma compilação das principais orientações sobre a Resolução Normativa RN nº 392, de 2015 e suas modificações, esclarecendo diferenças entre ativos livres e ativos garantidores não bloqueados, entre outras possíveis dúvidas. Para melhorar ainda mais o entendimento e cumprimento da norma, também foi criada uma tabela com os limites de alocação de cada um dos ativos possíveis, distribuídos por modalidade e identificando se sua aplicação é possível para operadoras de pequeno, médio ou grande porte.

No âmbito interno, a Agência avançou na implementação da Política de Gestão de Riscos da instituição. Foram capacitados 135 servidores da Agência ao longo do ano e foi dado início à avaliação de riscos em 17 novos processos de trabalho.

As principais atividades do ano de 2017 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.

II – PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS EM 2017

1. ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL

As principais ações relacionadas ao acesso do beneficiário e à qualidade assistencial foram a definição do novo rol de procedimentos e eventos em saúde, válido a partir de janeiro de 2018; e o avanço dos Projetos Parto Adequado, Idoso bem cuidado, Sorrir e OncoRede; e o Programa de combate à Obesidade.

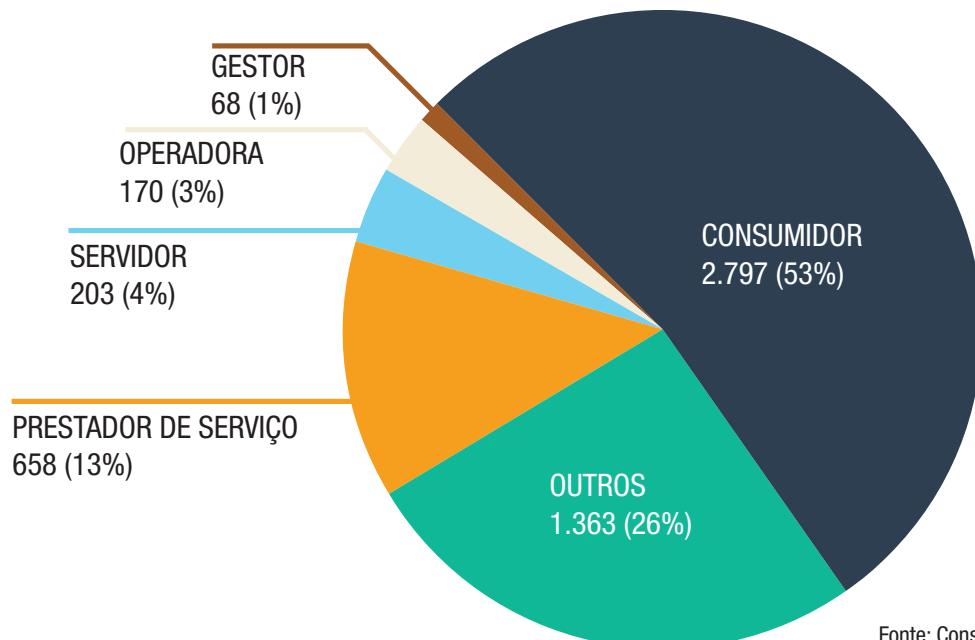
1.1 REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE.

Em janeiro de 2018, passou a vigorar nova cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde estabelecida pela ANS, com a inclusão de 18 novos procedimentos – entre exames, terapias e cirurgias que atendem diferentes especialidades - e a ampliação de cobertura para outros sete procedimentos, incluindo medicamentos orais contra o câncer. Vale destacar que pela primeira vez foi incorporado no Rol um medicamento para tratamento da esclerose múltipla. Para chegar a esse resultado, um cuidadoso trabalho técnico teve continuidade ao longo de 2016 e 2017.

A revisão do Rol de Procedimentos da ANS é realizada a cada dois anos, no âmbito do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), formado por representantes de órgãos de defesa do consumidor, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde, conselhos e associações profissionais, representantes de beneficiários, dentre outras entidades. As reuniões do COSAÚDE para a revisão do rol tiveram início em setembro de 2016 e prosseguiram até março de 2017. Todas atividades do Comitê estão publicadas no portal da ANS na internet, em regulacao-da-atencao-a-saude-cosaude.

Depois de discutida no COSAÚDE, a proposta de revisão foi submetida à participação da sociedade na Consulta Pública nº 61, disponível no período de 27/06/2017 a 26/07/2017, no portal da ANS na internet, para o recebimento de comentários, críticas e sugestões. Foram recebidas 5.259 contribuições *online*, sendo 53% de consumidores, 26% de participantes que se identificaram como ‘outros’, 13% de prestadores de serviço, 4% de servidores públicos, 3% de operadoras de planos de saúde e 1% de gestores.

**GRÁFICO 1 - CONSULTA PÚBLICA - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2018
– DISTRIBUIÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES VÁLIDAS POR TIPO DE CONTRIBUINTE**



Fonte: Consulta Pública nº 61/2017/ANS

A maior parte das contribuições válidas referiu-se à inclusão de procedimentos (50%), seguida por alteração de diretriz de utilização (44%). Das sugestões efetuadas via consulta pública, foram acatados para inclusão três novos procedimentos. Outros dois procedimentos, já constantes no rol, tiveram suas diretrizes de utilização alteradas para que sejam utilizados em pacientes que mais se beneficiarão com o uso das tecnologias.

Após a análise da consulta pública, a Diretoria Colegiada da ANS deliberou sobre as novas incorporações. As principais incorporações estão resumidas na figura a seguir.

TABELA 1 - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2018 – PRINCIPAIS INCORPORAÇÕES

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2018 Principais incorporações	
 CÂNCER	<ul style="list-style-type: none"> • 8 medicamentos orais para tratamento de cânceres - pulmão, melanoma, próstata, tumores neuroendócrinos, mielofibrose e leucemia (afatinibe, crizotinibe, crizotinibe, dabrafenibe, enzalutamida, everolimo, ruxolitinibe, ibunrinibe e tramatinibe) • 1 exame PET-CT para diagnóstico de tumores neuroendócrinos
 ESCLEROSE MÚLTIPLA	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento imunobiológico para tratamento de esclerose múltipla (natalizumabe)
 OLHOS	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia com antiangiogênico e tomografia de coerência óptica para tratamento do edema macular secundário, retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina e oclusão de ramo de veia central da retina • Radiação para tratamento do ceratocone
 MULHERES	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia laparoscópica para tratamento de câncer de ovário (debulking) • Cirurgia laparoscópica para restaurar o suporte pélvico (prolapso de cúpula vaginal) • Cirurgia laparoscópica para desobstrução das tubas uterinas • Cirurgia laparoscópica para restaurar a permeabilidade das tubas uterinas
 CRÍANÇAS	<ul style="list-style-type: none"> • Endoscopia para tratamento do refluxo vesicoureteral, doença relacionada a infecções urinárias • Terapia imunoprofilática contra o vírus sincicial respiratório (palivizumabe)

O Rol é obrigatório para todos os planos de saúde contratados a partir da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, os chamados planos novos, ou aqueles que foram adaptados à lei. A lista de procedimentos cobertos pelos planos de saúde é atualizada a cada dois anos para garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde, sempre obedecendo a critérios científicos comprovados de segurança, eficiência e efetividade.

1.2 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 Parto Adequado resulta desse acordo e tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. 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.

Em março de 2017, as instituições participantes do Projeto totalizavam 153 hospitais privados e públicos e 65 operadoras de planos de saúde.

Considerando que os hospitais estão inseridos em contextos diversos, que muitos não possuem cultura de coleta e análise de dados e que a realização de melhorias sustentáveis demanda uma abordagem gradativa, metodológica e sistemática, optou-se por concentrar o ano de 2017 no treinamento e no preparo dos hospitais que ingressaram na Fase 2 para a realização de mudanças com vistas à maior qualidade da atenção obstétrica. A conclusão da Fase 2 do Projeto está prevista para maio de 2019.

Foram realizadas sessões de aprendizagem regionais presenciais entre os meses de maio e setembro. Os eventos foram gravados e transmitidos por Periscope e as gravações estão disponíveis no canal da ANS no Youtube, em https://www.youtube.com/channel/UC5ZdZ9npVaXnTEotafyiP_A/featured.

Para alcançar mulheres e familiares, de modo a esclarecer sobre as melhores escolhas para a saúde no momento do parto e nascimento, a ANS tem difundido campanhas educativas. Essas ações publicitárias estão detalhadas no item Campanhas de Utilidade Pública, ao final deste relatório.

Mais informações sobre o Parto Adequado, incluindo a lista completa e hospitais e operadoras participantes da Fase 2 do Projeto e o acompanhamento de resultados preliminares, estão disponíveis em <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>.

1.3. PROJETO IDOSO BEM-CUIDADO

Atualmente, os indivíduos com 60 anos ou mais representam aproximadamente 11% do total da população. Estimativas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) apontam que o número de pessoas com idade superior a 60 anos no Brasil deve aumentar em torno de cinco pontos percentuais nos próximos 30 anos.

A proposta do Projeto é apoiada em duas premissas: a mudança da prestação dos serviços, com a implementação de um modelo de cuidado mais organizado e eficiente para o idoso e para o sistema de saúde; e a adoção de modelos de remuneração alternativos ou complementares ao atualmente

utilizado. A ação envolve instituições parceiras e comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do envelhecimento ativo.

Em 2017, ao todo, 64 projetos de 74 inscritos foram selecionados e estão sendo desenvolvidos por 49 operadoras e 18 prestadores.

A adesão ao projeto foi voluntária, podendo participar operadoras e prestadores de serviços de todo o país. Com os participantes inscritos, foi composto um Grupo Técnico. Além das reuniões do Grupo Técnico, em junho de 2017 a ANS e a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UEA - Unidade do estado do Amazonas) realizaram oficina Idoso Bem Cuidado na Região Norte. O encontro contou com a participação de mais de 50 pessoas, entre elas representantes de planos de saúde, prestadores e estudantes. Na ocasião, duas operadoras de planos de saúde participantes do projeto foram convidadas a apresentar os resultados de seus pilotos.

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.

1.4 PROJETO ONCOREDE

Atenta à necessidade de melhorias na atenção oncológica no país, a ANS iniciou, em 2016, o Projeto OncoRede em parceria com 15 instituições de excelência - institutos de pesquisa e de referência nacional no tratamento do câncer, além de representantes de associações de pacientes e do setor. O Projeto propõe um conjunto de ações capazes de reorganizar, estimular a integração, a responsividade e a qualidade do setor no que se refere à assistência oncológica facilitando o tratamento e melhorando os resultados.

Em janeiro de 2017, dentre 42 propostas de adesão de operadoras e de prestadores de serviços inscritos após chamada pública, a Agência selecionou 39 instituições (21 operadoras de planos de saúde e 18 prestadores de serviços - hospitais, clínicas e laboratórios), que aderiram à iniciativa e vêm desenvolvendo seus projetos com acompanhamento e monitoria da ANS.

As instituições participantes integram o 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>.

Para informar e educar os beneficiários de planos sobre prevenção ao câncer, a ANS integrou esforços de comunicação do Governo Federal e veiculou campanhas publicitárias, detalhadas ao final deste relatório, no item Campanhas de utilidade pública.

Para mais informações sobre o Projeto Oncorede, como a lista de instituições de referência parceiras, a lista de operadoras de planos e de prestadores de serviços participantes e publicações relacionadas, consulte <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-oncorede>.

1.5 PREVENÇÃO DA OBESIDADE

A epidemia de obesidade tornou-se um problema de saúde pública em todo o mundo, levando ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e diabetes. Segundo dados da pesquisa Vigilante Brasil 2016 da Saúde Suplementar (http://www.ans.gov.br/images/Vigilante_Saude_Suplementar.pdf), a proporção de beneficiários adultos de planos de saúde com excesso de peso vem aumentando desde 2008, quando foi realizado o primeiro levantamento, passando de 46,5% para 53,7%. O mesmo ocorre com a proporção de obesos, que aumentou de 12,5% para 17,7%.

No Brasil, apenas 10% dos pacientes com obesidade são diagnosticados, e porcentagem inferior a 2% dos mesmos recebem tratamento para obesidade. A obesidade também está relacionada ao câncer - é o que mostra avaliação científica recente citada no relatório *Energy Balance and Obesity*, publicado em 27/09/2017 pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC), da Organização Mundial da Saúde.

A ANS reforçou seu compromisso com a Prevenção da Obesidade ao criar o Grupo Multidisciplinar para Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar, com o objetivo de promover melhorias e incentivos na atenção à saúde relacionada ao combate à obesidade e sobrepeso entre beneficiários de planos de saúde, para compor uma orientação criteriosa, na qual as operadoras de planos de saúde podem se basear. O Grupo Multidisciplinar é integrado por pesquisadores e técnicos da ANS. O trabalho desenvolvido entre março e setembro de 2017 resultou em uma publicação com orientações e algoritmos para o rastreio do excesso de peso e conduta adequada para seu enfrentamento.

Em dezembro de 2017, a Agência realizou no Rio de Janeiro o Seminário de Enfrentamento da Obesidade e Excesso de Peso, contando com a participação de cerca de 100 representantes de entidades de saúde, operadoras e prestadores de serviços. No evento foi lançado do Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira (vide capítulo Publicações). A publicação aborda estratégias para a prevenção da obesidade infanto-juvenil, além de orientações para abordagem em adultos, incluindo orientações para a adoção de hábitos de vida saudáveis, esclarecimentos sobre tratamento com medicamentos e critérios para tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica), quando necessário, acompanhados de recomendações sobre procedimentos pré e pós-operatórios, bem como informações sobre contraindicações.

Mais detalhes sobre o trabalho desenvolvido pelo Grupo Multidisciplinar para Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar podem ser conhecidos em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-multidisciplinar-de-enfrentamento-da-obesidade-na-saude-suplementar>.

1.6 PROJETO SUA SAÚDE

No contexto dos projetos voltados à indução da qualidade do setor, além dos projetos junto às operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, a Agência trabalha a qualidade da saúde junto ao consumidor por meio do Projeto Sua Saúde: Informe-se e Faça Boas Escolhas, lançado em abril de 2017.

O objetivo é estimular a participação proativa de pacientes e usuários em relação à tomada de decisão em saúde, contribuindo, assim, para qualificar o cuidado e tornar o usuário mais consciente sobre suas necessidades. A iniciativa é inspirada em ações desenvolvidas em outros países e busca falar diretamente com o paciente, fornecendo informações relevantes e orientando sobre questões relacionadas ao cuidado e tecnologias utilizadas no diagnóstico e tratamento de doenças.

O projeto nasceu da participação de representantes de pacientes em fóruns constituídos pela ANS e é inspirado em experiências como a *Slow Medicine*, o *Talking to your Doctor* (NIH/EUA), o programa *NHS Choices* e a iniciativa conhecida como *Connecting to patients and people who use services*, estes últimos do governo do Reino Unido. O conteúdo foi construído com o apoio de um Grupo Técnico formado e coordenado pela ANS e composto por 17 instituições, incluindo entidades médicas, acadêmicas e de apoio ao paciente. O grupo coordenado pela Agência propõe um conjunto de informações disponibilizado no portal da Agência com o intuito de melhorar o entendimento do paciente sobre sua situação de saúde e sobre o seu papel no tratamento. A página do projeto é atualizada periodicamente, com a inserção de novos conteúdos.

Integram as orientações fornecidas: a comunicação com o responsável pelo cuidado, incluindo dicas sobre como o paciente deve se preparar para uma consulta; orientações para uso adequado de medicamentos e a necessidade de participação do paciente na tomada de decisão junto ao profissional de saúde antes e após o implante de um Dispositivo Médico Implantável (DMI), entre outros temas.

1.6.1 PROJETO SUA SAÚDE E ORIENTAÇÕES SOBRE DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS (DMIS) PARA BENEFICIÁRIOS

DMIs são dispositivos ou tecidos inseridos dentro do corpo ou sob a pele. Podem ser feitos de pele, osso, outros tecidos do corpo e até mesmo de metal, plástico ou cerâmica. A maioria destes implantes ou próteses tem por objetivo substituir um membro ou uma parte do corpo. Outros liberam gradativamente medicação, monitoram funções corporais ou proveem suporte a órgãos e tecidos. *Stents*, marca-passos, cardiodesfibriladores, próteses e órteses, placas e parafusos são exemplos de Dispositivos Médicos Implantáveis.

Como parte do Projeto Sua Saúde, a ANS disponibilizou em seu portal na internet, na página do Projeto Sua Saúde, orientações aos beneficiários de planos de saúde sobre Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) e Etiquetas de Rastreio – Segurança do Paciente. O material tem por objetivo esclarecer o que são e para que servem os dispositivos, além de alertar para a necessidade de participação do paciente na tomada de decisão junto ao profissional de saúde antes e após o implante de um DMI.

ILUSTRAÇÃO 1 - TELA DE ORIENTAÇÕES SOBRE DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS (DMI) E ETIQUETAS DE RASTREIO – SEGURANÇA DO PACIENTE

Preste atenção às perguntas que devem ser feitas na consulta!



- O implante será permanente ou removível?
- Caso seja permanente, qual o seu prazo de validade?
- Se removível, quanto tempo permanecerá implantado e o que determinará sua retirada?
- Quais as reações conhecidas ao material do implante? Garanta com o médico que você não é alérgico a nenhum dos componentes.
- Haverá outros procedimentos após a cirurgia para a conclusão ou avaliação do implante?
- Quais os riscos envolvidos na inserção do implante (riscos cirúrgicos, de infecção e de falha do dispositivo)?
- Quais os benefícios do implante do dispositivo? Como afeta a qualidade de vida?

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Estima-se que existam pelo menos oito mil tipos de dispositivos médicos disponíveis para uso, segundo informações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

ILUSTRAÇÃO 2 - TELA DE ORIENTAÇÕES SOBRE DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS (DMI) E ETIQUETAS DE RASTREIO – SEGURANÇA DO PACIENTE

Rastreabilidade de Dispositivos Implantáveis para Pacientes

O que você precisa saber?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

- Antes da Cirurgia** - É dever do médico informar ao paciente se há a necessidade de dispositivos implantáveis, e os procedimentos necessários para a cirurgia.
- Pós-Cirurgia** - O médico deve identificar e explicar sobre as particularidades dos DMIs, cuidados com a saúde e eventuais restrições no dia a dia.
- Rastreabilidade** - A etiqueta de rastreabilidade deve ser entregue ao paciente. Com ela, é possível acessar dados importantes sobre o DMI.
- Dados da Etiqueta** - Devem constar na etiqueta de rastreabilidade: Nome do Fabricante, Número de Registro na ANVISA, Lote de Fabricação, Validade e Referência do material pelo fabricante (modelo e tipo do DMI).
- Agenda de Revisão** - É importante sair do hospital com agenda de retorno com seu médico e com todos os dados relacionados à cirurgia. Assim os profissionais de saúde estarão preparados para melhor avaliação da sua saúde.
- Etiqueta de Rastreabilidade** - Quando realizar tratamentos que utilizem dispositivos médicos implantáveis, você tem direito, por lei, à etiqueta de rastreabilidade. Garanta seu direito.

As orientações incluem informações em vídeo didático e estão disponíveis em <http://www.ans.gov.br/temas-de-interesse/dispositivos-medicos-implantaveis-dmi>

1.7 PROJETO SORRIR

O projeto Sorrir foi desenvolvido em conjunto com os participantes do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial de Odontologia (LAB-Odonto), que é formado pela ANS, por representantes de operadoras, de operadoras de planos odontológicos e prestadores de serviços odontológicos.

A iniciativa propõe aperfeiçoar o atendimento a beneficiários de planos de saúde odontológico, valorizar as boas práticas dos prestadores de serviço e tornar mais eficiente a gestão das operadoras odontológicas, por meio de um novo modelo baseado em odontologia de qualidade com evidência científica.

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.

Mais informações sobre o Projeto Sorrir estão disponíveis no site da ANS, em <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-sorrir>

1.8 LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO

Para reconhecer projetos que comprovadamente representam avanços em qualidade e segurança do paciente a partir de práticas inovadoras, a ANS criou, no âmbito do Programa Nacional de Segurança do Paciente, vinculado ao Ministério da Saúde, e em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), dois Laboratórios de Inovação: Laboratório de Inovação e Reconhecimento a Boas Práticas sobre Segurança do Paciente na Saúde Suplementar e Laboratório de Inovação em Atenção Primária na Saúde Suplementar.

1.8.1 – LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO E RECONHECIMENTO A BOAS PRÁTICAS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Dando continuidade ao trabalho iniciado em 2016, a ANS reconheceu sete experiências do setor privado de saúde selecionadas por edital. A entrega dos certificados de reconhecimento foi realizada em agosto de 2017, em São Paulo, durante o 3º Fórum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde, desenvolvido pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein em parceria com o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*. Durante quatro dias, líderes do setor e profissionais da saúde de diversos países se reuniram na discussão de questões como segurança do paciente, custo/benefício na saúde, eficiência, melhoria da qualidade e inovação, entre outros temas. Presente com duas ações de destaque no setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reforçou durante o Fórum o seu compromisso com a segurança do paciente e com a atenção ao parto e nascimento, que foi abordada em *Lounge Parto Adequado*. Das sete experiências selecionadas, quatro apresentaram seus trabalhos no *Lounge* do Programa Nacional de Segurança do Paciente. A relação completa dos projetos certificados está disponível no site da Agência.

1.8.2 - LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Partindo do investimento em atenção primária como forma de promoção da saúde e prevenção de doenças, o Laboratório de Inovação em Atenção Primária na Saúde Suplementar é uma iniciativa da ANS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

A iniciativa, lançada em agosto de 2017, foi aberta a todas as operadoras do Brasil e funcionou como um mapeamento das experiências de atenção primária no setor, com modelos baseados na medicina de família e comunidade. O propósito da iniciativa foi reconhecer e dar conhecimento de boas práticas do mercado como estratégia para promover mudanças efetivas na saúde suplementar. No total, foram inscritos 41 projetos.

As iniciativas selecionadas demonstraram embasamento no modelo de atenção primária, a partir da presença de alguns atributos: longitudinalidade, acesso, coordenação do cuidado e integralidade. Conforme previsto no edital, considerou-se também os projetos baseados em evidências científicas e mensuráveis por indicadores de resultados.

O Laboratório selecionou também por edital 12 práticas de operadoras de planos de saúde consideradas inovadoras na atenção primária ao beneficiário e que apresentam indicadores e resultados. Além de receber o certificado de reconhecimento, essas experiências serão analisadas e sistematizadas pelo Laboratório de Inovação e publicadas na Série Técnica NavegadorSUS.

A Comissão de Avaliação identificou atributos da atenção primária na saúde suplementar em outros seis relatos. Porém, como se tratam de experiências recentes, ainda não apresentam resultados robustos. Essas experiências serão acompanhadas pelo Laboratório de Inovação durante o ano de 2018.

Outras 13 experiências foram consideradas pela Comissão como de organização da atenção à saúde de forma centrada nas pessoas, de acordo com ciclos de vida ou gestão de condições crônicas. Contudo, não foram consideradas experiências de atenção primária na saúde suplementar. Sete experiências inscritas não atenderam aos critérios do edital e foram desclassificadas.

As listas com as práticas reconhecidas pelo Laboratório em cada modalidade estão disponíveis no site da ANS.

1.9 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 1594 programas realizados por operadoras, abrangendo cerca de dois milhões de beneficiários. Informações detalhadas sobre o programa estão no portal da ANS, em <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/promoprev>.

Ao longo de 2017, a Agência realizou a série de eventos *Workshop* Regional sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (PROMOPREV) destinados a operadoras de planos de saúde e empresas contratantes de planos em diversas localidades do país, a saber: Brasília, Florianópolis, Recife, Rio de Janeiro, Manaus e Belo Horizonte. O objetivo dos *workshops* foi promover o diálogo e a troca de experiências visando qualificar a produção de cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos e, ao mesmo tempo, racionalizar os custos assistenciais.

1.10 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.

Em 2017, foram 154 suspensões de planos de saúde, a medida protegeu diretamente cerca de um milhão de beneficiários.

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, identificadas em gráficos por cores para facilitar a compreensão.

1.11 REGULAÇÃO DA ESTRUTURA DOS PRODUTOS: CRITÉRIOS PARA REDIMENSIONAMENTO DE REDE HOSPITALAR

Em 2017, no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, a ANS contou com a participação de mais de 100 representantes de operadoras e entidades do setor para discutir substituição de entidade hospitalar, redimensionamento de rede hospitalar por redução, comunicação de alteração de rede hospitalar, exclusão parcial de serviços hospitalares contratados, comunicação ao beneficiário e monitoramento por parte da ANS.

O trabalho do Comitê culminou em um conjunto de propostas para novas regras de regulação da rede assistencial hospitalar. Considerando que ao aderir a um plano de saúde a principal preocupação do consumidor é a rede assistencial, é fundamental favorecer a que o serviço seja oferecido com qualidade, em tempo oportuno e com garantia de atendimento.

Além da elaboração dessas propostas, diversas ações foram desenvolvidas ao longo do tempo com relação ao tema, dentre as quais destacam-se historicamente: força-tarefa para dar andamento aos pedidos em análise; estruturação de sistema para informatizar os pedidos de alteração de rede hospitalar; criação de coordenação específica para tratar os processos de rede hospitalar; publicação da Instrução Normativa nº 46, de 2014, que regulamenta os procedimentos para solicitação de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução. A previsão é implementar em 2018 uma nova lógica de regulação da rede assistencial hospitalar.

1.12 APERFEIÇOAMENTO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE OPERADORAS E PRESTADORES.

O Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores e o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores - QUALISS visam estimular a qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar e aumentar a disponibilidade de informações. Consistem 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.

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.

Em 2017, tendo 2016 como ano-base, 33.982 profissionais de saúde participaram do QUALISS, sendo 25.919 médicos, 4.112 dentistas, 1.824 fonoaudiólogos, 888 fisioterapeutas, 667 psicólogos, 454 farmacêuticos, 90 terapeutas ocupacionais, 15 enfermeiros e 13 nutricionistas. Quanto aos estabelecimentos acreditados, são 1.485 no total (1.136 laboratórios, 201 clínicas ou centros de especialidade, 116 hospitais gerais, 26 hospitais especializados e seis hospitais-dia).

Os diálogos com representantes do setor em torno do Programa QUALISS são travados no âmbito do Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ).

1.13 COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

Franquia e coparticipação no pagamento dos procedimentos e serviços utilizados pelos beneficiários são formas de contratação 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. A coparticipação é um valor pago à parte pelo beneficiário pela utilização de um procedimento. Por conta disso, o valor da mensalidade é menor do que o de um plano sem coparticipação. Já a franquia é o valor estabelecido no contrato de plano de saúde até o qual o beneficiário deve arcar para ter cobertura.

A ANS vinha desenvolvendo discussões e estudos desde 2010 sobre o tema Mecanismos Financeiros de Regulação em dois âmbitos: internamente, no Grupo de Trabalho Interáreas, que envolvia as Diretorias de Desenvolvimento Setorial, Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos e Diretoria de Fiscalização e, a partir de 2016, com representantes do setor regulado, no âmbito do Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia. O resultado do trabalho foi uma proposta normativa para dar mais segurança e transparência aos mecanismos de coparticipação e franquia.

O texto da proposta normativa foi apresentado e discutido em audiência pública em março de 2017, no Rio de Janeiro. A proposta de resolução incluiu itens como regras de uso para esses mecanismos, estabelecimento de um percentual máximo de coparticipação a ser cobrado sobre os valores dos procedimentos e obrigação de as operadoras de planos disponibilizarem informações para orientar o beneficiário antes, durante e depois da contratação de um plano em que seja utilizado esse tipo de instrumento.

Entre outubro e novembro de 2017, a ANS realizou pesquisa sobre Mecanismos Financeiros de Regulação – Coparticipação e Franquia. O objetivo desta pesquisa foi reunir contribuições adicionais em relação à minuta de Análise de Impacto Regulatório (AIR), que subsidia a avaliação da possibilidade de edição do normativo.

A minuta de AIR e o formulário da pesquisa foram disponibilizados no site da Agência. Qualquer pessoa pôde contribuir com a pesquisa. No formulário disponibilizado na internet, havia espaço para considerações ao fim de cada item dos cinco capítulos do documento.

Todas as reuniões realizadas pelo GT, assim como a audiência pública, foram transmitidas pela internet através do aplicativo *Periscope* e estão disponíveis no canal do *Youtube* da ANS portal da ANS.

1.14 NOVAS REGRAS PARA PEDIDO DE CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE E PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS POR EMPRESÁRIOS INDIVIDUAIS

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.

As novas regras começaram a valer em maio de 2017. A norma estipula regras para o cancelamento de acordo com cada tipo de contratação do plano (individual, coletivo empresarial ou coletivo por adesão), define responsabilidades das partes envolvidas, obriga as operadoras a emitirem comprovante de ciência do pedido de cancelamento e determina os prazos para entrega de tais comprovantes. O objetivo da ANS ao editar a norma é extinguir possíveis ruídos na comunicação entre beneficiário e operadora no momento em que o primeiro manifesta sua vontade de cancelar o contrato de plano de saúde para si ou para seus dependentes e assegurar os direitos dos consumidores.

Para facilitar a compreensão das normas, a ANS elaborou uma cartilha sobre o assunto. O material está disponível no portal da Agência na internet.

TABELA 2 - REGRAS PARA PEDIDO DE CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE E PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS POR EMPRESÁRIOS INDIVIDUAIS

TIPO DE CONTRATO	FORMA DE SOLICITAÇÃO DO CANCELAMENTO OU EXCLUSÃO DE CONTRATO	FORMA DE COMPROVAÇÃO DA SOLICITAÇÃO
 Contrato individual ou familiar	Na própria operadora	Protocolo de atendimento entregue presencialmente
	Por telefone	Protocolo de atendimento
	Pela internet (através do acesso à página da operadora na internet)	Resposta automática e protocolo de atendimento
 Contrato coletivo empresarial	Por qualquer meio à empresa a qual você está vinculado no contrato	O titular do contrato deve receber o comprovante de solicitação da operadora

TIPO DE CONTRATO	FORMA DE SOLICITAÇÃO DO CANCELAMENTO OU EXCLUSÃO DE CONTRATO	FORMA DE COMPROVAÇÃO DA SOLICITAÇÃO
 Contrato coletivo por adesão	Na operadora ou na administradora de benefícios	Comprovante de solicitação entregue presencialmente
	Por qualquer meio à empresa a qual você está vinculado no contrato	Protocolo de atendimento (solicitação por telefone) Resposta automática e protocolo de atendimento (solicitação pela internet) O titular do contrato deve receber o comprovante de solicitação da operadora

1.15 RESOLUÇÃO NORMATIVA SOBRE JUNTA MÉDICA E ODONTOLÓGICA

A ANS editou a Resolução Normativa nº 424, de 2017, que estabelece os critérios para formação de junta médica ou odontológica quando há divergência clínica sobre procedimento a ser coberto pelas operadoras de planos de saúde. A medida deve ser adotada sempre que não houver acordo entre a operadora e o profissional de saúde que assiste ao beneficiário quanto à indicação de realização de um determinado procedimento ou à utilização de tipos específicos de órteses, próteses ou outros materiais especiais. A junta é, então, composta pelo médico ou dentista assistente, por um profissional da operadora e por um terceiro, escolhido em comum acordo entre o profissional assistente e operadora. A norma estabelece ainda que as operadoras deverão notificar o beneficiário a respeito da necessidade de formação de junta médica ou odontológica e que elas também deverão registrar, armazenar e disponibilizar à ANS, quando requisitadas, as informações e os dados relacionados às juntas médicas ou odontológicas realizadas.

A norma é essencial para informação do beneficiário de plano de saúde e para o médico assistente e confere mais segurança, pois determina que ele deve ser informado se houver qualquer divergência entre a indicação do médico ou dentista assistente e a sua operadora de plano de saúde. Além disso, a formação de junta deverá considerar prazos de acordo com o tipo de procedimento a ser realizado, de forma que o beneficiário não seja prejudicado e não fique sem previsão de ter seu caso solucionado. A norma esclarece os casos em que deve ou não ser formada a junta médica ou odontológica, especifica a qualificação dos profissionais envolvidos, determina as formas de notificação, prazos e formas de resposta, além dos direitos e deveres de beneficiários, profissionais assistentes e operadoras, sempre com foco na garantia da melhor conduta clínica para o beneficiário, dentro dos prazos de atendimento preconizados pela ANS.

Ao editar a norma, a ANS objetivou trazer transparência e clareza, promovendo agilidade ao atendimento ao beneficiário, evitando conflitos entre consumidores e operadoras e reduzindo casos de judicialização.

A construção da norma foi feita em parceria com representantes de prestadores de serviços de saúde, de operadoras e contou com a participação do Ministério Público e da Defensoria do Estado do Rio de Janeiro.

1.16 REGULAMENTAÇÃO DA VISITA TÉCNICO-ASSISTENCIAL

A Agência publicou a Instrução Normativa – IN nº 53, de 2017, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), que regulamenta a visita técnico-assistencial para a identificação de anormalidades assistenciais nas operadoras de planos de saúde.

Em 2016, por meio da Resolução Normativa nº 416, a ANS havia estabelecido a visita técnico-assistencial como uma medida administrativa que pode ser adotada pela reguladora em razão dos resultados alcançados pelas operadoras no monitoramento do risco assistencial. O objetivo da IN nº 53 é aprimorar a visita técnico-assistencial de forma a torná-la um eficiente instrumento de monitoramento do risco assistencial e garantir mais transparência e previsibilidade à medida.

A visita técnico-assistencial consiste em uma ação de campo realizada nas instalações da operadora com o objetivo de traçar diagnóstico de conformidade da atenção à saúde prestada em relação às exigências regulatórias e aos produtos e à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos de saúde. Adicionalmente, tem como finalidade coletar informações relacionadas aos produtos da operadora, examinar seus processos e resultados em cuidado em saúde, bem como verificar a confiabilidade de dados enviados à ANS, em especial os relacionados aos indicadores assistenciais presentes no mapeamento do risco assistencial.

1.17 PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS: PROPOSTA PARA ALTERAÇÃO DA RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 186, DE 2009.

A portabilidade de carências foi estabelecida pela Resolução Normativa nº 186, de 2009. Inicialmente, era permitida apenas para beneficiários de planos de contratação individual ou familiar. Posteriormente, com a publicação da RN nº 252, de 2011, o benefício foi estendido também aos beneficiários de planos coletivos por adesão e criou-se a portabilidade especial de carências para situações especiais, em que a mudança de plano ou de operadora é ocasionada por motivos alheios à vontade do beneficiário.

Em 2017, a Agência realizou consulta pública para atualizar as regras para que o beneficiário de plano de saúde possa trocar de operadora sem cumprir novo período de carência.

ILUSTRAÇÃO 3 - PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS - PROPOSTAS DE MUDANÇAS

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS PROPOSTAS DE MUDANÇA



Fim do período para o exercício da portabilidade (janela)



Extensão da portabilidade para beneficiários de planos coletivos empresariais



Substituição da compatibilidade por tipo de cobertura pela exigência de carências para as coberturas não previstas



Portabilidade para beneficiários de contrato coletivo rescindido



Fim da exigência da compatibilidade de preço para portabilidade especial por liquidação de operadora

Uma das principais alterações propostas é o fim da chamada “janela”, período que o beneficiário tem para fazer a portabilidade – atualmente o interessado deve solicitar a troca no período de 120 dias contados a partir do 1º dia do mês de aniversário do contrato. Esse critério impede que beneficiários que não estão sendo adequadamente assistidos pela operadora deixem imediatamente o plano. Com a nova regra, a troca de plano poderá ser feita a qualquer tempo após o cumprimento do prazo de permanência. O fim da “janela” permite que o beneficiário possa escolher, a qualquer tempo, o plano em função da qualidade, o que tende a aumentar a concorrência.

A norma proposta também amplia a portabilidade para beneficiários de planos coletivos empresariais, modalidade que contempla, atualmente, 66,4% dos beneficiários de planos médico-hospitalares. Pelas normas em vigor, apenas beneficiários de planos individuais ou familiares e coletivos por adesão podem fazer portabilidade.

A proposta foi construída a partir de diversas reuniões realizadas pela ANS no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura de Produtos, que reúne representantes de operadoras, prestadores e órgãos de defesa do consumidor.

Outra importante medida proposta é a substituição da compatibilidade por tipo de cobertura pela exigência de carências para as coberturas não previstas. Hoje, a compatibilidade por tipo de cobertura restringe o acesso de muitos beneficiários que não encontram planos compatíveis nesse critério, pois há uma grande concentração de planos classificados em internação com obstetrícia e pouca oferta de planos de internação sem obstetrícia ou sem internação.

Todos os materiais relacionados à consulta pública nº 63 estão disponíveis no site da ANS, no menu Participação da Sociedade / Consultas Públicas.

2. SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Entre os avanços destacam-se as regras e práticas relacionadas ao Fator de Qualidade, indicador que monitora a qualidade do atendimento em hospitais e prestadores de serviços de saúde e permite reflexo na remuneração destes pelas operadoras de planos de saúde; os debates em torno dos modelos de remuneração do setor; e, o Programa de Escala Adequada (PEA).

2.1 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA ANUAL PARA MOVIMENTAÇÃO DOS ATIVOS GARANTIDORES: INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 54, DE 2017.

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.

A Instrução Normativa - IN nº 54, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), estabelece hipótese de autorização prévia anual às operadoras de planos de saúde, para livre movimentação dos ativos garantidores no rol de ativos financeiros permitidos pela Agência. O processo se torna mais célere ao estabelecer que os ativos podem ser geridos e trocados entre as diversas opções do mercado financeiro aceitas pela ANS, conforme a oportunidade de rendimento e vencimento dos títulos, mediante uma única autorização prévia anual.

A Instrução Normativa enumera as condições e os critérios de elegibilidade para que a operadora receba a autorização prévia anual, bem como as condições para a sua manutenção – a norma prevê o cancelamento diante de descumprimento de requisitos.

2.2 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 2017, a ANS instaurou 13 novos regimes de direção fiscal. No mesmo ano, 18 regimes foram encerrados e ficaram sob acompanhamento no final daquele ano 51 operadoras.

A seguir, a evolução das direções fiscais, de 2010 a 2017.

TABELA 3 - DIREÇÕES FISCAIS, 2010 A 2017

Ano	Nº de Direções Fiscais
2010	175
2011	161
2012	120
2013	78
2014	67
2015	51
2016	56
2017	51

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 2017, a ANS decretou a Liquidação Extrajudicial de nove operadoras e foram decretadas 15 falências ou insolvências civis. A seguir, o número de liquidações extrajudiciais que estavam sendo acompanhadas ao final de 2017.

TABELA 4 - LIQUIDAÇÕES EXTRAJUDICIAIS, 2010 A 2017

Ano	Liquidações Extrajudiciais em Andamento
2010	75
2011	76
2012	74
2013	84
2014	76
2015	61
2016	44
2017	38

2.3 PROPOSTA DE NOVA REGRA DE CAPITAL PARA OPERADORAS

Em 2017, um dos marcos da atuação do Comitê Permanente de Solvência, composto por 30 representantes de operadoras de planos de saúde, entidades de classes e servidores da Agência, foi o debate de mudança da regra de capital adicional exigido das operadoras: de margem de solvência para capital baseado em risco, que resultou em proposta de nova norma.

Pela proposta de nova regra de capital, até 2022 vale a regra atual de solvência. Para evitar mudar a regra subitamente e garantir avanços nos parâmetros do capital baseado em risco e no pilar de governança focado em gestão de riscos, há a possibilidade de instituir regra de transição que incentive a adesão antecipada da nova norma de capital. É competência da Agência estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais.

A ANS contou com período e canal específicos para receber contribuições sobre o assunto de toda a sociedade. A expectativa é que no ano que vem a proposta de norma seja submetida à consulta pública. As apresentações e todo o material relativo às discussões do Comitê Permanente de Solvência estão disponíveis no site da ANS, em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comissao-permanente-de-solvencia>.

2.4 IDSS – ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR 2016

A ANS divulgou, em outubro de 2017, o resultado final do Programa de Qualificação das Operadoras 2017 (ano-base 2016) - uma das principais e mais antigas iniciativas desenvolvidas pela Agência para o estímulo à qualidade dos planos de saúde. O IDSS é conhecido como a “nota” das operadoras. O resultado do índice demonstra como o mercado está se comportando nos itens avaliados anualmente e é um importante parâmetro para beneficiários de planos de saúde.

Ainda em junho de 2017, a ANS divulgou aperfeiçoamentos importantes no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS 2018 (ano-base 2017). Entre as novidades estão a simplificação da nomenclatura dos indicadores, a revisão do peso das dimensões avaliadas e a inclusão de uma pesquisa de satisfação de beneficiário, cuja pontuação será utilizada para a composição do índice.

As dimensões que medem a qualidade da atenção à saúde, a garantia de acesso aos serviços e a sustentabilidade do mercado ganharam mais peso na avaliação. Com isso, é dada mais ênfase a indicadores que possibilitem avaliar e mensurar aspectos diretamente relacionados ao atendimento prestado ao beneficiário.

A intenção da ANS é incentivar as operadoras a melhorarem questões que afetam diretamente o usuário, como por exemplo o modelo de atenção a populações prioritárias, como idosos, gestantes e crianças, a disponibilidade de prestadores de serviços e a resolução rápida e efetiva das queixas dos beneficiários. Os nomes dos indicadores também foram simplificados, medida que contribui para facilitar que o consumidor entenda os quesitos que compõem o índice.

Também houve mudança nos pré-requisitos para elegibilidade ao programa, aplicando-se mais rigor para operadoras que demonstrem falta de regularidade ou inconsistência no envio de dados. As novas regras ainda obrigam as operadoras a divulgar anualmente os resultados do IDSS em seus sites.

A informação deve ser prestada em até 30 dias após a divulgação dos dados pela a ANS.

As mudanças estão contempladas na Resolução Normativa RN nº 423, de 2017, que altera a RN nº 386, de 2015; e na Instrução Normativa IN nº 68, de 2017, que altera a IN nº 60, de 2015. Para a reformulação, a ANS levou em consideração as contribuições recebidas por diversas entidades do setor.

Os resultados do Programa são traduzidos pelo IDSS, que varia de zero a um, com o objetivo de aferir o desempenho global das empresas, e é calculado a partir de indicadores definidos pela ANS distribuídos em quatro dimensões: Qualidade em Atenção à Saúde, Garantia de Acesso, Sustentabilidade no Mercado e Gestão de Processos e Regulação.

Para o ano-base 2016, o IDSS médio do setor foi de 0,80, um crescimento de cerca de 37% em relação ao IDSS médio do setor do ano-base 2010, que foi de 0,58, o que demonstra uma evolução positiva do desempenho do setor ao longo dos anos.

O Índice de Desempenho das Operadoras 2017 está disponível no Portal da ANS, em Planos e Operadoras / Informações e Avaliações de Operadoras / Qualificação ANS.

TABELA 5 - DIMENSÕES DO IDSS 2017 – ANO-BASE 2016

Qualidade em atenção à saúde:
Avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde 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

2.5 FATOR DE QUALIDADE (FQ)

Os critérios para aplicação do Fator de Qualidade estão estabelecidos pelas Instruções Normativas nº 61, de 2015 e nº 63, de 2016, que complementam a regulamentação da Lei 13.003, de 2014.

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. O Fator de Qualidade pode ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA, a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade previstos em Nota Técnica atualizada anualmente pela ANS.

Para o estabelecimento de critérios de aferição e de controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar, a Agência conta com o Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ), de caráter consultivo, formado por entidades que representam os prestadores de serviços de saúde. As listas de presença, apresentações, vídeos das reuniões e arquivos relacionados ao trabalho desenvolvido no Comitê estão disponível em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/cotaq>.

Em março de 2017, a ANS aplicou uma pesquisa para cadastro do fator de qualidade. Os prestadores de serviços de saúde foram convidados a preencher questionário tanto para orientar a aplicação do Fator de Qualidade (FQ), como para gerar subsídios para contribuir com informações para o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços (QUALISS). O questionário ficou disponível no portal da ANS e nos portais das associações e conselhos profissionais e das entidades representativas.

Para aplicação no ano de 2018, considerando como base de resultados o ano de 2017, após as discussões no âmbito do COTAQ, a Agência optou por manter os critérios utilizados no ano anterior, com alguns ajustes operacionais realizados para atender a diversidade de prestadores de serviços de saúde.

Ao final do período de apuração dos dados que compõem o Fator de Qualidade, a ANS divulga a lista de prestadores que preenchem os critérios relativos aos níveis 105% e 100% do FQ no portal da reguladora. As informações sobre fator de qualidade estão disponíveis em <http://www.ans.gov.br/prestadores/contrato-entre-operadoras-e-prestadores/fator-de-qualidade>.

2.6 DEBATES SOBRE MODELOS DE REMUNERAÇÃO DO SETOR

Em 2017, a Agência prosseguiu com os debates em torno de modelos de remuneração do setor no Grupo de Trabalho (GT) sobre Modelos de Remuneração. O GT vem atuando desde 2016 e entrou na Fase II de atividades contando com a participação de mais de 80 representantes de 60 entidades, entre operadoras, entidades médicas e prestadores de serviços.

Ao longo do trabalho desenvolvido neste GT, um documento técnico com a descrição teórica dos modelos de remuneração foi redigido como base para acompanhamento de algumas experiências de forma voluntária e de livre negociação entre operadora e conjunto de prestadores. O documento contém as descrições dos diversos modelos que já existem e fornece diretrizes para implantação nos seus diferentes contextos clínicos (Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia - SADT, consultório, individual e hospitalares). A Agência abriu oportunidade para receber propostas de piloto para acompanhar na prática como se dão os modelos implantados.

A reunião de conclusão dessa fase de trabalho, de desenho de modelos de remuneração, ocorreu em agosto de 2017. Foram definidas cinco ações inter-relacionadas que podem estimular a competição baseadas em valor nos cuidados de saúde: i) colocar o paciente no centro dos cuidados; ii) tornar transparentes os dados sobre resultados; iii) padronizar métodos para pagar pelo valor; iv) parar de recompensar o volume; v) criar escolhas para pacientes e prestador de serviços.

Em dezembro de 2017, houve a apresentação do relatório final do GT Remuneração. Para prosseguir com os trabalhos, foram lançadas as próximas fases do GT de Remuneração, estabelecendo as diretrizes e a organização de quatro subgrupos de trabalho: atenção primária, atenção especializada, assistência hospitalar e um grupo de alinhamento da discussão e conceitos.

Todas as reuniões realizadas pelo Grupo estão disponíveis no canal ANS_Reguladora, no aplicativo *Periscope*.

2.7 PROGRAMA DE ESCALA ADEQUADA (PEA)

O Programa Especial de Escala Adequada (PEA) visa oportunizar a saída voluntária do mercado de operadoras pequenas e médias que avaliam não terem condições de se manter no setor. O objetivo do PEA é garantir a continuidade da assistência aos beneficiários dessas operadoras em outras com escala maior de operação e, por conseguinte, menos sujeitas ao impacto financeiro decorrente do custeio de uma despesa elevada na assistência à saúde.

ILUSTRAÇÃO 4 - PROGRAMA DE ESCALA ADEQUADA (PEA)



O que é o PEA?

Programa para garantir a continuidade da assistência aos beneficiários de operadoras de pequeno e médio porte que avaliam não ter mais condições de atuar, possibilitando a saída ordenada dessas empresas do mercado e o atendimento dos beneficiários em outras operadoras.

Eixos do programa

1. Viabilização da saída ordenada de operadoras do mercado mediante mecanismos para transferência de beneficiários, com permissão de resgate de ativos garantidores para quitação de dívidas com a rede assistencial;
2. Concessão de tratamento diferenciado às operadoras que vão adquirir a carteira de beneficiários ou o controle acionário das empresas.

No final de 2017, o setor de saúde suplementar possuía 793 operadoras de planos Médico-Hospitalares, sendo que, desse total, cerca de 400 possuíam até 15 mil beneficiários e atendiam a apenas a 4,4% do total de beneficiários de planos de assistência médica do país. A distribuição por porte (i.e., quantidade de beneficiários) pode ser observada no quadro a seguir:

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR PORTE DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE EM 2017

	Operadoras		Beneficiários
	Quant.	%	%
Até 15.000 beneficiários	402	50,7%	4,4%
De 15.000 a 20.000 beneficiários	75	9,5%	2,8%
De 20.000 a 100.000 beneficiários	244	30,8%	24,1%
Acima de 10.000 beneficiários	72	9,1%	68,7%
Total	793	100,0%	100,0%

OBS.: São consideradas operadoras com produtos MH ativas em dezembro de 2017.

O Programa é estruturado em dois eixos:

Viabilização da saída ordenada do mercado mediante oferta pública de referências operacionais e cadastro de beneficiários, transferência total de carteira ou transferência de controle societário, com permissão do resgate de ativos garantidores para quitação de dívidas com a rede assistencial.

Concessão de tratamento diferenciado às operadoras que vão adquirir as referências operacionais, a carteira de beneficiários ou o controle acionário dessas empresas, com composição gradual do aumento da exigência de margem de solvência decorrente do incremento na carteira ou aplicação de modelo próprio de capital baseado no risco de subscrição, em substituição à regra da margem de solvência vigente.

ILUSTRAÇÃO 5 - INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA OS BENEFICIÁRIOS DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE EM PROGRAMA DE ESCALA ADEQUADA (PEA)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA OS BENEFICIÁRIOS



A operadora em saída voluntária ordenada deve comunicar individualmente seus clientes, informando com antecedência sobre a forma da saída deferida pela ANS.



Os beneficiários da operadora em PEA poderão manter vínculo por 120 dias após receber o comunicado de saída do mercado e poderão optar na nova operadora por plano com características distintas do produto ao qual estava vinculado.



A operadora que adquirir a carteira de beneficiários deverá respeitar as carências e coberturas parciais temporárias já integralmente cumpridas e os prazos remanescentes em fase de cumprimento.



A operadora adquirente também não poderá cobrar taxas de adesão, de pré-mensalidade ou de administração dos beneficiários recebidos no processo.

A Resolução Normativa que instituiu o PEA foi resultado de discussões técnicas no âmbito da Comissão Permanente de Solvência, que vem tratando da adequação das operadoras em termos das reservas patrimoniais necessárias para garantir a sustentabilidade econômica do setor. Após várias reuniões, estudos e uma consulta pública, em linha com as boas práticas regulatórias, o normativo foi aprovado pela diretoria colegiada da ANS. A norma entrou em vigor em dezembro de 2017.

2.8 COMPARTILHAMENTO DE GESTÃO DE RISCOS

Ao editar a Resolução Normativa - RN Nº 430, de 2017, a Agência regulamentou parâmetros para o compartilhamento de gestão de riscos entre operadoras de planos de saúde. A medida objetivou trazer segurança jurídica para contratantes e ofertantes, já que alguns mecanismos já vinham sendo utilizados sem a devida regulamentação.

A norma busca a viabilização de alguns planos de saúde para que se sustentem de forma compartilhada, garantindo a continuidade da assistência à saúde ao beneficiário, a aderência às regras prudenciais

e o fortalecimento da solvência das operadoras no setor. A norma foi elaborada ao longo do trabalho desenvolvido no âmbito da Câmara Técnica entre 06 de março e 13 de setembro de 2017. Em linha com as boas práticas regulatórias, após reuniões, estudos e uma audiência pública, o normativo foi aprovado pela Diretoria Colegiada da ANS.

Com a norma, a Agência passou a impor regras para uso desses mecanismos, dando mais proteção aos beneficiários e transparência às operações. Três modelos para compartilhamento de riscos foram regulamentados:

- Corresponabilidade entre as operadoras para gestão de riscos de atendimento continuado aos beneficiários (conhecida no mercado como intercâmbio, repasse ou reciprocidade), trazendo maior disciplina sobre as regras prudenciais aplicáveis, transparência e responsabilização acerca dos beneficiários;
- Criação de fundo comum para absorver, no todo ou em parte, o impacto financeiro dos eventos em saúde, podendo associar a esse fundo comum o compartilhamento de serviços de gerenciamento de custos, tais como a auditoria de contas médicas;
- Possibilidade da oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde no mesmo contrato, desde que o contrato e o material a ser distribuído aos beneficiários explice uma operadora líder e a forma de acesso aos serviços de assistência à saúde.

Além disso, são contemplados os efeitos esperados da contratação de seguros e resseguros por operadoras nas exigências de ativos garantidores e de margem de solvência.

A observância dos parâmetros estabelecidos é obrigatória apenas para as operadoras que queiram se valer deles como forma de viabilizar ou ampliar suas operações.

2.9 REGRAS PARA ADESÃO AO PROGRAMA DE REGULARIZAÇÃO DE DÉBITOS (PRD)

A ANS publicou a Resolução Normativa nº 425, de 2017, relativa a débitos não inscritos em dívida ativa, estabelecendo regras para adesão ao Programa de Regularização de Débitos Não Tributários (PRD) instituído pela Medida Provisória (MP) nº 780, de 2017.

A adesão ao PRD possibilita o parcelamento dos débitos referentes ao resarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), multas e outros débitos não tributários existentes perante a ANS com vencimento até 31/03/2017, conforme critérios previstos na MP. Os interessados foram orientados a efetuar a adesão por meio de requerimento a ser efetuado no prazo de 120 dias contados da data de publicação da Resolução Normativa. No site da ANS, foi divulgado passo a passo para a solicitação do parcelamento - incluindo informações sobre débitos inscritos em dívida ativa.

3. INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Entre as atividades relacionadas à integração com o Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se o valor recorde repassado ao SUS em 2017, o lançamento de Cartilha sobre cobrança do resarcimento ao SUS e a edição da Resolução Normativa (RN) nº 429.

3.1 RESSARCIMENTO AO SUS

Em 2017, a ANS repassou ao Sistema Único de Saúde (SUS) o valor recorde de R\$ 585 milhões. É o maior número desde a criação da ANS, em 2000, e representa um aumento de 85% em comparação ao montante arrecadado em 2016.

Houve ainda um aumento na quantidade de procedimentos cobrados pela ANS. O valor cobrado das operadoras no ano foi de R\$ 737,43 milhões, referente a 532.509 atendimentos de beneficiários na rede pública de saúde. Encontram-se em análise administrativa atendimentos no valor de R\$ 4,61 bilhões, que podem gerar um aumento no valor das cobranças a serem emitidas às operadoras.

Desde 2000, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 3,28 bilhões, referentes a cerca de 2,1 milhões de atendimentos a beneficiários no sistema público de saúde. Desse total, o Fundo Nacional de Saúde (FNS), gerido pelo Ministério da Saúde, foi resarcido pela ANS em R\$ 2,06 bilhões, o equivalente a 64% do que foi efetivamente cobrado das operadoras. Outros R\$ 219,41 milhões estão com a cobrança suspensa em razão de decisões judiciais e R\$ 647,25 milhões foram inscritos em dívida ativa. Em números atualizados, o valor total inscrito em dívida ativa chega a R\$ 1,2 bilhão.

GRÁFICO 2 - VALOR ANUAL REPASSADO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (EM R\$ MILHÕES) – 2013 A 2017

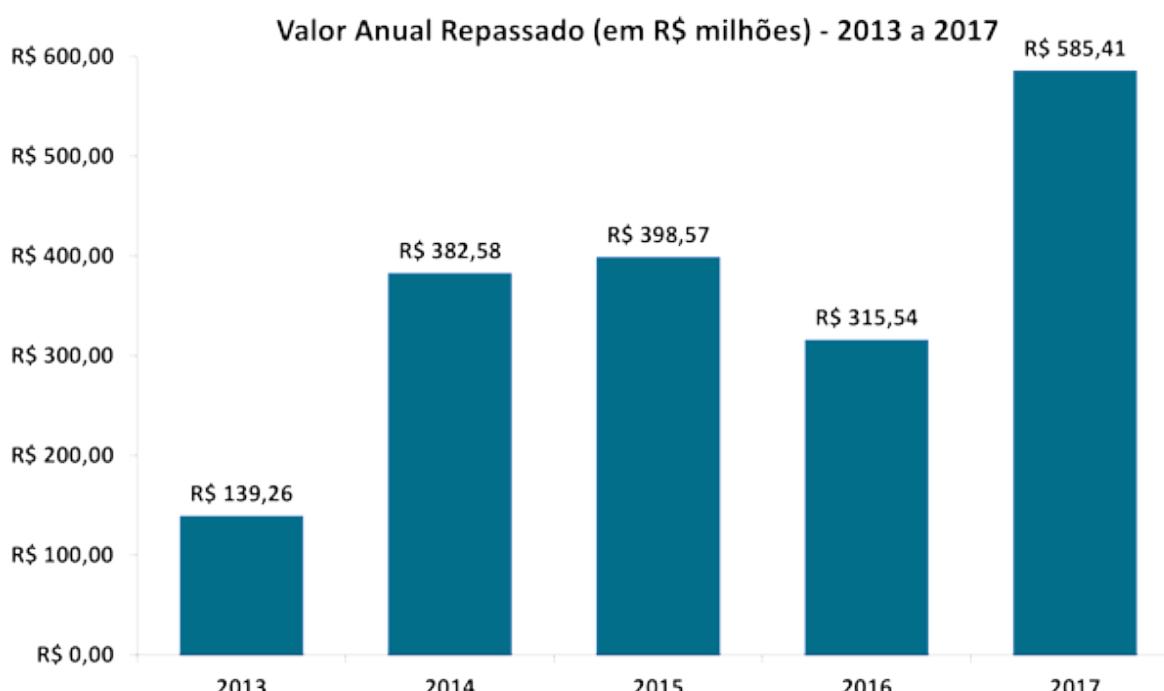
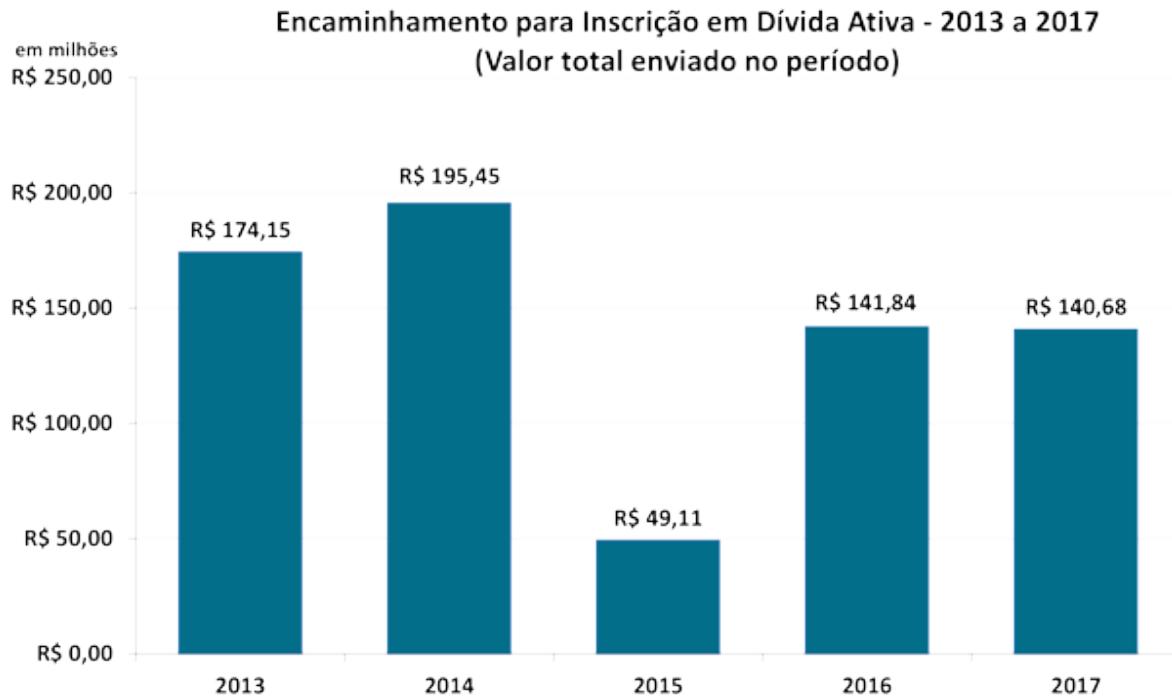


GRÁFICO 3 - ENCAMINHAMENTO PARA INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA (VALOR TOTAL ENVIADO NO PERÍODO) – 2013 A 2017



Entre as medidas que viabilizaram o incremento dos valores repassados, destacam-se: aprimoramento de sistema, adoção de mecanismos processuais padronizados e a abertura de processos exclusivamente eletrônicos, reduzindo os custos e a alocação de recursos na abertura, tramitação e movimentação de processos físicos geralmente muito volumosos. Houve ainda um aumento na quantidade de procedimentos notificados, através do número de Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs) lançados pela ANS. Em 2017, a Agência gerou os maiores volumes e valores de atendimentos identificados de sua história, o equivalente a R\$ 894 milhões.

No aspecto legal, em janeiro de 2017 o Tribunal de Contas da União (TCU) aprovou as medidas implementadas pela ANS para aprimorar o processo de ressarcimento ao SUS em cumprimento às recomendações da auditoria realizada pelo órgão. O monitoramento do TCU avaliou a sistemática adotada pela ANS para cobrar das operadoras de planos de saúde os valores relativos a atendimentos efetuados por beneficiários de planos de saúde na rede pública. Dentre as medidas cumpridas estão o processamento das Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APACs), a inscrição das operadoras inadimplentes no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN) e dos valores devidos na dívida ativa e o cronograma de processamento dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs).

Para colocar em prática as recomendações, a ANS melhorou processos internos de trabalho e mecanismos que permitem realizar o ressarcimento. Entre as mudanças importantes estão a implementação do Protocolo Eletrônico de Ressarcimento ao SUS (PERSUS), que proporciona maior agilidade e efetividade na análise dos procedimentos e no envio da cobrança; a melhor identificação dos beneficiários e a padronização das informações enviadas pelas operadoras, medidas que resultaram em aumento do número de notificações e nos valores cobrados; e a modificação da legislação para a incidência de juros de mora desde o início do procedimento de ressarcimento, o que vem ocasionando a diminuição

de impugnações e recursos protelatórios.

Um marco fundamental no ano de 2017, foi a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), proferida em fevereiro, que declarou a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, reforçando a segurança jurídica da ANS ao atuar com esse mecanismo regulatório. Essa decisão permite a liberação dos valores que até então estavam em depósito judicial e deve incentivar o pagamento regular dos débitos, implicando arrecadações superiores nos próximos anos.

Outro fato legal relevante foi a publicação da Lei nº 13.494, de 2017, que institui o Programa de Regularização de Débitos não Tributários (PRD) nas autarquias e fundações públicas federais e na Procuradoria-Geral Federal. A adesão ao PRD possibilita o parcelamento dos débitos referentes ao ressarcimento ao SUS, multas e outros débitos não tributários existentes perante a ANS com vencimento até 25/10/2017, conforme nova redação dada pela Lei.

Para atualizar e orientar gestores de operadoras, a Agência elaborou a cartilha Aspectos financeiros do ressarcimento ao SUS: Orientações sobre os procedimentos de cobrança, em que detalha o fluxo de trabalho desenvolvido pelo setor de recolhimento do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). No material, são descritos os procedimentos realizados em cada processo vinculado à atividade. Tais mudanças têm contribuído para tornar mais célere e transparente o procedimento administrativo de identificação dos beneficiários até a cobrança dos valores devidos pelas operadoras de planos de saúde. A publicação está disponível no site da reguladora e encontra-se listada no capítulo Publicações deste relatório.

Outra publicação editada em 2017 sobre o Ressarcimento é a série Boletim Informativo, que mostra os principais dados sobre o ressarcimento obrigatório feito pelas operadoras de planos de saúde ao SUS. A publicação semestral também está disponível no site da reguladora e encontra-se listada no capítulo Publicações deste relatório.

4. ACESSO À INFORMAÇÃO

Entre as iniciativas destacam-se a divulgação até então inédita de informações sobre Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde, a nova busca por prestadores no Portal da ANS, a área exclusiva para operadoras para interface por sistemas e os estudos para aprimoramento e acesso a informações sobre usos e custos dos procedimentos.

4.1 PORTAL DA ANS NA INTERNET.

Em 2017, o portal da ANS na internet recebeu 6,67 milhões de visitas, um aumento de 8,34% em relação ao ano anterior. Do total de visitas, 1,18 milhão foi por meio de dispositivos móveis. De 2012 a 2017, foram 32,41 milhões de visitas ao portal da ANS.

4.2 INFORMAÇÕES COMPLETAS DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E PESQUISA DA QUALIDADE DOS PRESTADORES COM NOVAS FUNCIONALIDADES NO PORTAL DA ANS

O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) estimula a qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar e aumenta a disponibilidade de informações para que beneficiários e operadoras de planos de saúde tenham maior poder de avaliação e escolha. É uma iniciativa que ajuda a aprimorar a assistência em saúde e a divulgar os dados de qualidade de forma transparente.

Em abril de 2017, a ANS divulgou, pela primeira vez, as informações completas de todos os prestadores que participam do programa, oferecendo subsídios para que os usuários possam escolher e comparar os serviços.

A participação dos prestadores no Programa QUALISS é voluntária, e os critérios de qualificação servem ainda para compor o Fator de Qualidade. Para a execução do Programa, a ANS conta com a participação de diversas entidades responsáveis pela elaboração dos critérios, coleta e consolidação dos dados e monitoramento dos prestadores.

Além de divulgar as informações completas, a Agência aperfeiçoou em seu portal o sistema de pesquisa do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS). O buscador possibilita a busca por instituições com núcleo de segurança do paciente, ou que realizem projetos de indução da qualidade da ANS, que são o Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e OncoRede. O beneficiário também pode filtrar a busca pelo tipo de Acreditação, que é a verificação externa que mede a qualidade da assistência através de um conjunto de padrões previamente estabelecidos.

Quanto à qualificação informada por mais de 35.000 profissionais de saúde, entre enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, médicos, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, está disponível em listagens publicadas no portal da ANS.

ILUSTRAÇÃO 6 - PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE (QUALISS).



4.3 ÁREA RESTRITA REÚNE SISTEMAS E APlicATIVOS DA ANS

Uma nova área no Portal da ANS na internet, chamada Portal Operadoras, foi lançada em maio de 2017 e desde setembro conta com uma área restrita de acesso aos sistemas da Agência, passando a viabilizar o acesso a alguns dos sistemas por meio dos quais encaminha informações à ANS.

Além de reunir no mesmo ambiente todos os sistemas usados para a troca de informações entre a ANS e as operadoras, o Portal Operadoras tornou mais célere e seguro o acesso a tais ferramentas. É importante ressaltar que o acesso à área restrita exige a utilização de logins e senhas específicos para cada usuário, conferindo rigor nos processos efetuados por colaboradores autorizados das empresas.

Também foi disponibilizado no Portal Operadoras o aplicativo SISCOSEN, que permite ao Representante Legal ou ao seu Administrador o cadastro ou a troca das senhas utilizadas atualmente nos sistemas. As senhas geradas pelo aplicativo somente valem para os sistemas enquanto estes não forem migrados para o Portal Operadoras.

Para orientar como cadastrar e utilizar corretamente a área, a Agência disponibilizou vídeos tutoriais e um Manual do Usuário do Portal Operadoras.

4.4 APRIMORAMENTO DO ACESSO A INFORMAÇÕES SOBRE USO E CUSTOS DE PROCEDIMENTOS

Temas como segurança, privacidade, conteúdo e estrutura do Padrão TISS estiveram em discussão em 2017 nas reuniões de dois Grupos Técnicos (GTs) ligados ao Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS).

O primeiro GT, de Segurança e Privacidade, teve como um dos pontos mais discutidos a relação demandas geradas x aumento de custos. Atenção especial com a segurança das informações foi considerada fundamental, procurando sempre um ponto de equilíbrio, com o cuidado nos impactos que mudanças podem trazer. Quanto ao GT de Conteúdo e Estrutura, discutiu as alterações no Padrão TISS decorrentes da norma de compartilhamento de risco, abordada no capítulo 2 deste relatório.

Todo o aprimoramento do Padrão TISS permite ampliar a segurança e a qualidade das informações resultantes.

4.5 SALA DE SITUAÇÃO COM NOVAS FUNCIONALIDADES

Desde maio de 2016, o portal da ANS na internet dispõe de uma Sala de Situação, que consiste em um painel que mostra um panorama do setor mês a mês, com informações sobre número de beneficiários, de operadoras e de planos de saúde disponíveis, demandas dos consumidores (reclamações e pedidos de informação) e receitas e despesas das empresas. Também podem ser consultados dados específicos por Unidade Federativa e por operadora. A área apresenta tanto uma visão global como um panorama individualizado das operadoras de planos de saúde em atividade.

Em 2017, a Agência disponibilizou mais uma possibilidade de consulta sobre o setor de planos de saúde

na Sala de Situação – o painel interativo passou a permitir que o internauta conheça o perfil e acompanhe a evolução dos beneficiários segundo diversos aspectos. É possível analisar os dados por época e tipo de contratação, segmentação e cobertura do plano, sexo, faixa etária e área de residência (região, estados e municípios) dos beneficiários e por operadora. Também é possível verificar a quantidade de cancelamentos e adesões, ou seja, a entrada e saída de beneficiários do mercado, uma informação até então inédita para o setor. Os dados são atualizados mensalmente e é disponibilizada a série histórica de 12 meses.

Entre as vantagens da nova ferramenta, destacam-se a facilidade de navegação e a versatilidade, já que permite a realização de pesquisas multidimensionais e vários cruzamentos e análises interessantes para pesquisadores, gestores, entidades e profissionais do mercado e jornalistas. Para utilizar a ferramenta, basta acessar a Sala de Situação, na área Dados do Setor, no site da ANS. A novidade está na aba chamada “Caderno 2.0”, uma referência ao Caderno de Informação da Saúde Suplementar editado trimestralmente pela Agência. A Sala de Situação está disponível no portal da ANS na internet em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>.

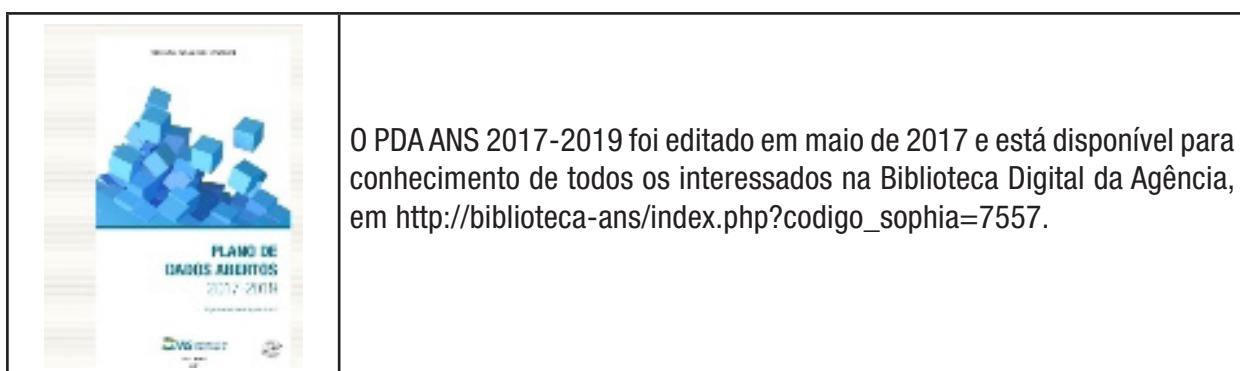
4.6 DADOS ABERTOS DA ANS

Plano de Dados Abertos (PDA) é o documento orientador para as ações de planejamento, promoção, execução e melhoria da abertura de dados públicos de cada órgão ou entidade da administração pública federal, obedecidos padrões mínimos de qualidade, de forma a facilitar o entendimento e favorecer a reutilização dos dados em nome do interesse coletivo.

A obrigação de edição e execução desse instrumento de planejamento foi determinada pelo Decreto nº 8.777, de 11 de maio de 2016, que instituiu a Política de Dados Abertos do Poder Executivo.

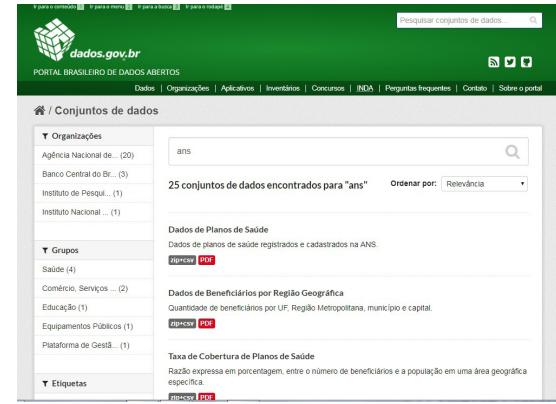
O Plano inclui Cronograma de Ações e seus respectivos responsáveis, contribuindo para o aprimoramento da Governança Digital na ANS.

ILUSTRAÇÃO 7 - CAPA DO PLANO DE DADOS ABERTOS – PDA ANS 2017-2019



O PDA ANS 2017-2019 foi editado em maio de 2017 e está disponível para conhecimento de todos os interessados na Biblioteca Digital da Agência, em http://biblioteca-ans/index.php?codigo_sophia=7557.

ILUSTRAÇÃO 8 - TELA DO PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS



The screenshot shows the 'Conjuntos de dados' (Data Sets) section of the portal. A search bar at the top right contains the term 'ans'. Below it, a list of 25 data sets found for 'ans' is displayed, ordered by relevance. The first item is 'Dados de Planos de Saúde', described as 'Dados de planos de saúde registrados e cadastrados na ANS'. Below this, there are links to 'Dados de Beneficiários por Região Geográfica' and 'Taxa de Cobertura de Planos de Saúde'. On the left sidebar, there are filters for 'Organizações' (Agência Nacional de..., Banco Central do Br..., Instituto de Pesqu..., Instituto Nacional...), 'Grupos' (Saúde (4), Comércio, Serviços... (2), Educação (1), Equipamentos Públicos (1), Plataforma de Gestão... (1)), and 'Etiquetas'.

Em 2017, a ANS publicou 18 conjuntos de dados relacionados ao setor regulado e a processos de trabalho da Agência no Catálogo de Dados Abertos do Governo Federal (dados.gov.br).

Para 2018, estão previstas ações para ampliar a quantidade de conjuntos de dados divulgados em formato aberto e melhorar a qualidade do acesso aos dados disponibilizados. Mais informações estão disponíveis no portal da ANS na internet em <http://www.ans.gov.br/acesso-a-informacao/dados-abertos>.

4.7 BIBLIOTECA DA ANS

A Biblioteca da ANS mudou, tornando-se mais dinâmica e acessível. Lançada em 2017, a Biblioteca ANS Saúde Suplementar está disponível por ícone destacado na página principal do portal da Agência e no endereço <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html> e permite pesquisa e acesso ao acervo digital da Agência, composto por publicações da ANS e de colaboradores sobre o setor de saúde suplementar, incluindo artigos especializados, trabalhos acadêmicos, periódicos, livros, relatórios, fotografias, cartilhas, folhetos e vídeos, entre outros materiais.

ILUSTRAÇÃO 9 - TELA DA BIBLIOTECA ANS



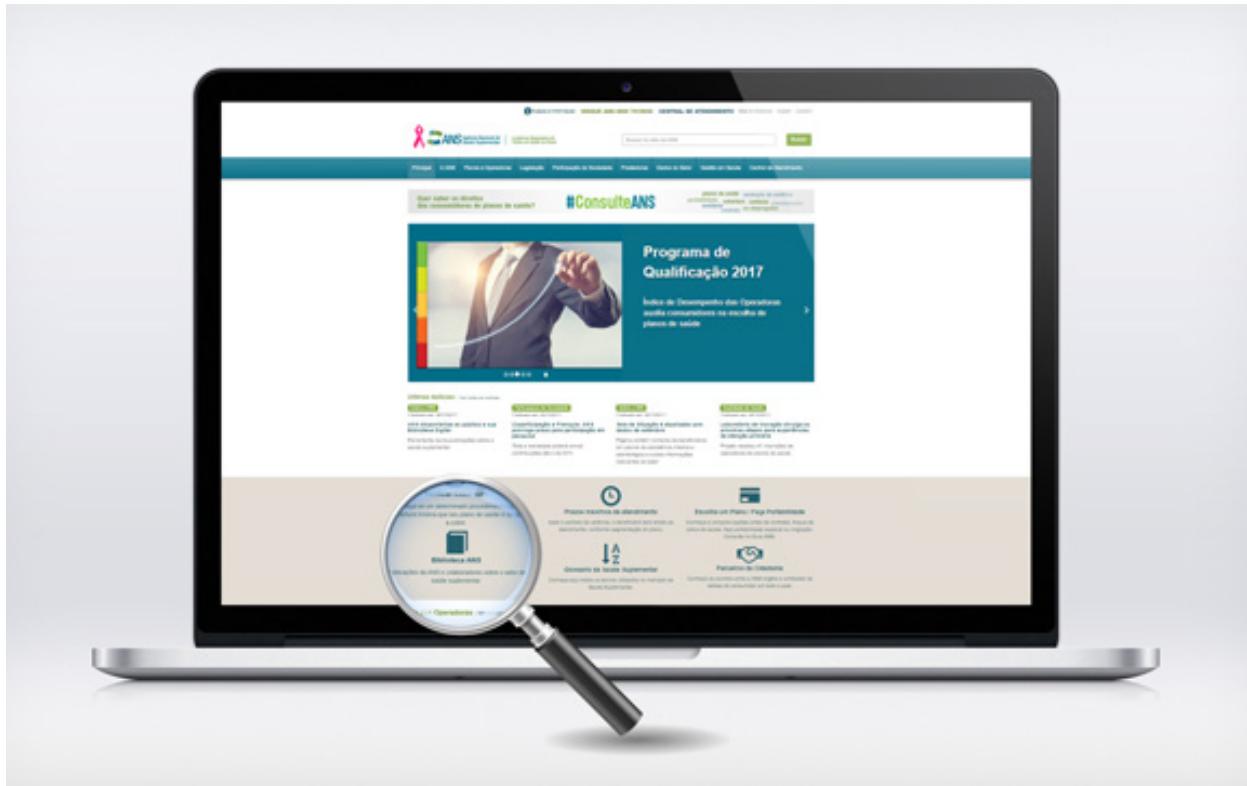
The screenshot shows the homepage of the ANS Biblioteca Saúde Suplementar. At the top, there is a navigation bar with links for 'Home', 'Pesquisa', 'Autoridades', 'Minha seleção', 'Serviços', 'Login', and 'Ajuda'. Below the navigation bar is a search interface with 'Busca rápida' and 'Busca combinada' fields, a dropdown for 'Qualquer biblioteca', and buttons for 'Buscar', 'Limpar', and 'Registros com conteúdo digital'. The main content area features a large banner with the text 'Biblioteca ANS Saúde Suplementar' and a background image of a person working on a laptop with various charts and graphs floating around them.

Ao disponibilizar em seu portal a sua Biblioteca Digital, a ANS implementou ferramenta que permite acesso ao acervo bibliográfico do órgão regulador, beneficiando pesquisadores, estudantes e profissionais da saúde. O projeto teve início internamente, com a transição da biblioteca física para a digital, disponível aos servidores da Agência através da intranet. Agora, nesta divulgação externa, a reguladora espera compartilhar conhecimentos e sua memória institucional.

A iniciativa visou garantir o acesso gratuito e público ao conhecimento gerado pela instituição e produzido na área de saúde suplementar, contribuindo para a universalização da informação.

A Biblioteca tem atualização permanente do seu conteúdo, distribuído de forma organizada por título, autor, assunto e idioma, entre outras opções de busca.

ILUSTRAÇÃO 10 - DESTAQUE PARA O ÍCONE DE ACESSO À BIBLIOTECA ANS.

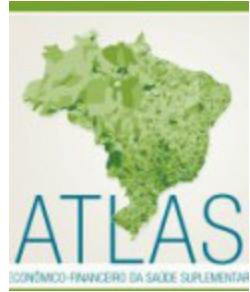


4.8 PUBLICAÇÕES

Listamos a seguir as 36 publicações editadas pela Agência ao longo do ano 2017. Todas as publicações estão disponíveis na Biblioteca Digital em <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>.

PUBLICAÇÕES EDITADAS PELA ANS EM 2017

TABELA 7 - PUBLICAÇÕES EDITADAS PELA ANS EM 2017

Anuário: aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde	Periódico que apresenta informações econômico-financeiras nos segmentos Médico Hospitalar e Exclusivamente Odontológico.	
Aspectos financeiros do Ressarcimento ao SUS: orientações sobre os procedimentos de cobrança	Cartilha com o objetivo de elucidar o fluxo de trabalho envolvido no recolhimento do ressarcimento ao SUS, descrevendo os procedimentos realizados em cada subprocesso vinculado a esta atividade.	
Atlas econômico-financeiro da Saúde Suplementar	Publicação anual que busca oferecer uma visão abrangente de aspectos econômico-financeiros e concorrenciais do mercado. Os dados são extraídos do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) e de demonstrações contábeis e Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) obrigatoriamente enviados pelas operadoras à ANS.	

Bibliografia Brasileira de Saúde Suplementar

Repositório de referências de produções técnico-científicas na área, em âmbito nacional. Atualizada permanentemente, visa reunir todo o material bibliográfico disponível na área de Saúde Suplementar, a fim de apoiar e atender a pesquisadores e público em geral, considerando o ano de criação da ANS e de sua respectiva Lei originária como marco inicial.



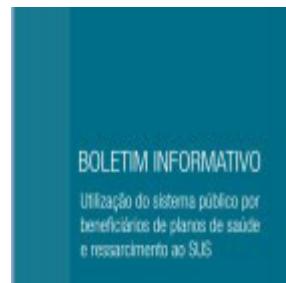
Boletim bibliográfico

Informativo digital que contém todo o material inserido na Biblioteca Digital no trimestre de publicação, e possui o objetivo de integrar e sintetizar as principais fontes na área de saúde suplementar e áreas correlatas. O Boletim possui também edições trimestrais.



Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS

Apresenta informações atualizadas sobre Ressarcimento ao SUS, a exemplo dos atendimentos identificados, processo de notificação e cobrança, repasse para o Fundo Nacional de Saúde e inscrição de débitos em dívida ativa da União. É apresentada, ainda, a discriminação do valor cobrado e do valor arrecadado por Estados e Municípios e a situação de adimplência das operadoras perante a ANS.



Caderno de informação da saúde suplementar

Periódico técnico trimestral que apresenta informações sobre o setor de saúde suplementar, incluindo beneficiários, operadoras e planos.



Cartilha -
Orientações para ter saúde
no teletrabalho

Manual com informações que podem ser úteis na rotina diária do teletrabalho.



Cartilha -
Preço não é tudo quando
se trata de saúde

Sete perguntas fundamentais que devem ser feitas na hora de contratar um plano de saúde para não ter surpresas ou problemas depois.



Documento técnico para a
realização da pesquisa de
satisfação de beneficiários
de planos de saúde

Visa estabelecer requisitos mínimos e diretrizes para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiário pelas operadoras, prevista no Programa de Qualificação de Operadoras.



Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira

Resultado de debates empreendidos em âmbito multidisciplinar. Apresenta esclarecimentos, parâmetros e orientações sobre obesidade. Tem como objetivo reunir diretrizes para a integração entre procedimentos de prevenção e cuidado da obesidade, compondo uma orientação criteriosa, na qual as operadoras de planos de saúde pudessem se basear.



Manual de gestão de processos

Tem por objetivo orientar os servidores da ANS, especialmente os gestores das unidades organizacionais da Agência, sobre os procedimentos de Gestão de Processos no âmbito institucional.



Manual de normalização de publicações da Agência Nacional de Saúde Suplementar

O objetivo do manual é orientar os profissionais responsáveis pela solicitação e confecção de publicações, buscando uniformizar e padronizar as produções bibliográficas da ANS.



Manual de operação: fluxo de demandas de sustentação de sistemas

Tem como objetivo descrever o processo de atendimento ao usuário dos serviços de sustentação operacional de sistemas.



<p>Manual de orientação de atividades e rotinas do Diretor Técnico</p>	<p>Apresenta as orientações que devem nortear o trabalho do Diretor Técnico junto a uma operadora de planos privados de assistência à saúde, que esteja em regime especial de Direção Técnica.</p>	
<p>Manual de procedimentos</p>	<p>Visa melhorar o desempenho dos processos internos da área de Gestão de Contratos, descrevendo as principais atividades desempenhadas pelos servidores responsáveis pela macrogestão dos contratos.</p>	
<p>Manual de uso do CADOP WEB: perfil consulta pública</p>	<p>Orienta a navegação pelo sistema CADOP-WEB perfil consulta DIOPE.</p>	
<p>Manual de uso do CADOP WEB: perfil consulta</p>	<p>Orienta a navegação pelo sistema CADOP-WEB perfil consulta pública.</p>	
<p>Mapa Assistencial</p>	<p>Apresenta dados assistenciais encaminhados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, referentes ao ano de 2016.</p>	

Mapa da utilização do SUS por beneficiários de planos privados de saúde

Analisa os dados gerais sobre as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs); as Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APACs), referentes a atendimentos realizados a partir das competências de 2014. Além de dados regionalizados sobre as APACs, são expressos os procedimentos mais realizados no SUS aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.



Painel de Precificação

Apresenta panorama segmentado da formação inicial dos preços dos planos de assistência à saúde, conforme o valor comercial informado nas Notas Técnicas de Registro de Produto – NTRP's vigentes para os planos em comercialização no mercado brasileiro. Além da referência de preços praticados pelas operadoras, analisa reajustes por mudança de faixa etária e os demais componentes da precificação dos produtos, tais como o custo médio dos itens de despesa assistencial e demais despesas não assistenciais, além de suas evoluções.



Plano de dados abertos 2017-2019

Primeira edição do Plano de Dados Abertos (PDA) da ANS, documento orientador da implantação e racionalização dos processos de publicação de dados abertos da Agência. Apresenta o planejamento, promoção, execução e melhoria de ações estratégicas e operacionais relacionadas à Política de Dados Abertos no âmbito da instituição.



Prisma econômico-financeiro da Saúde Suplementar

Publicação semestral da ANS que visa proporcionar um perfil econômico-financeiro do setor. Os dados compreendem diferentes evoluções entre segmentos, modalidades e portes de operadoras de planos de saúde. Os dados são extraídos de demonstrações contábeis, Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) e outras informações obrigatórias encaminhadas trimestralmente pelas operadoras.



REA-OUVIDORIAS

O objetivo da publicação é descrever, utilizando dados do REA-Ouvidorias 2017 (ano base 2016), o perfil das unidades de Ouvidoria das operadoras de planos de saúde, bem como detalhar as demandas recebidas ao longo do ano e o tempo médio de resposta conclusiva ao demandante.



<p>Relatório da qualificação das operadoras 2017</p>	<p>Apresenta o relatório do Programa de Qualificação Operadoras (PQO), com a avaliação anual do desempenho de operadoras por meio de um conjunto de indicadores com o objetivo de aferir o desempenho global das empresas que atuam no mercado.</p>	
<p>Relatório das respostas ao questionário de riscos respondido por operadoras de planos de saúde</p>	<p>Apresenta relatório dos principais resultados obtidos com o questionário sobre os diversos aspectos que podem afetar os riscos que enfrenta uma operadora de planos de saúde.</p>	
<p>Relatório de atividades 2016</p>	<p>Tem o objetivo de prestar contas à sociedade das principais atividades realizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 2016.</p>	
<p>Relatório de gestão 2016 Gerência de Contatos e Licitações – GECOL</p>	<p>Divulga a síntese das atividades desenvolvidas pela área de Contatos e Licitações no exercício de 2016.</p>	

Relatório gestão da Diretoria de Fiscalização – DIFIS: base maio-2014 a abril-2017

Apresenta as medidas implementadas, os ajustes estruturais e contextuais efetivados, bem como os aprimoramentos observados na gestão da Diretoria de Fiscalização durante os três anos de mandato da Diretora Simone Sanches Freire, iniciado em 12/05/2014 e concluído em 11/05/2017.



Relatório de gestão do 2º semestre de 2016: Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO

Apresenta as atividades desenvolvidas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos durante o segundo semestre de 2016.



Relatório de gestão do 2º trimestre de 2017: Diretoria de Gestão

Divulga os principais processos de trabalho realizados pela Gerência de Contatos e Licitações (GECOL) e suas Coordenadorias (COGEC e COLIC) ao longo do segundo trimestre de 2017.



Relatório de resultados da Diretoria de Fiscalização da ANS ano 2016: impactos da implementação das ações e medidas de melhoria na DIFIS

Dá prosseguimento ao processo de divulgação dos resultados alcançados após a implementação de medidas, aprimoramentos e melhorias tanto no arcabouço normativo, quanto nas práticas e nos fluxos operacionais que regem a atividade fiscalizatória da ANS pela Diretoria de Fiscalização. Agrega e consolida os resultados de todo o ano de 2016.



Simpósio de Economia, Regulação e Saúde Suplementar

Resultado das sessões de pôsteres realizadas durante o Simpósio Economia, Regulação e Saúde Suplementar, que teve como objetivo estimular a produção acadêmica, especialmente na área econômica, sobre a saúde suplementar.



Sumários Correntes

Publicação da Biblioteca da ANS que tem por finalidade apresentar sumários dos principais periódicos na área de saúde suplementar e correlatas, nacionais e internacionais, visando a constante atualização dos profissionais da Agência.



Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

Apresenta os resultados do décimo ano (2015) de operação da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Traz informações atualizadas sobre a frequência, distribuição e evolução dos principais fatores que determinam doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).



Vigitel Brasil 2016 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

Apresenta os resultados do décimo ano (2015) de operação da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Traz informações atualizadas sobre a frequência, distribuição e evolução dos principais fatores que determinam doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).



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 2017, 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.

Não foram constituídas Câmaras Técnicas em 2017.

Grupos Técnicos em 2017: i) Grupo Técnico de Oncologia; ii) Grupo Técnico de Remuneração; iii) Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia / Interáreas; iv) Grupo Técnico do Idoso Bem Cuidado; v) Grupo técnico Interáreas (DIDES, DIPRO e DIFIS); vi) Grupo Técnico Lei 13.003/14; vii) Grupo Técnico LAB-DIDES Odontologia- Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial; viii) Grupo Técnico multidisciplinar de enfrentamento da obesidade na saúde suplementar; ix) Grupo de Trabalho Técnico do Laboratório de Inovações sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira – DIPRO; x) Grupo Técnico do Programa de Qualificação de Operadoras; xi) Grupo de Trabalho sobre Planos Acessíveis; xi) Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras; e xii) Grupo Técnico de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – GT PROMOPREV.

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, além de 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 2017 foram realizadas as seguintes Consultas Públicas: i) Consulta Pública 60: Mecanismos Financeiros de Regulação - Coparticipação e Franquia; ii) Consulta Pública 61: atualização da Resolução Normativa que define o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; iii) Consulta Pública 62: Programa Especial de Escala Adequada – PEA; iv) Consulta Pública 63: Atualização da Resolução Normativa que regulamenta a Portabilidade de Carências; v) Consulta Pública 64: Contratação de Plano Coletivo Empresarial por Empresário Individual; vi) Consulta Pública 65 - Nova Fiscalização e “Código de Infrações no âmbito da Saúde Suplementar - CISS”.

A ANS pode realizar também 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 2017, foram realizadas audiências públicas sobre os seguintes temas: i) Proposta de instrução normativa da DIOPE regulamentando hipótese de movimentação dos ativos garantidores vinculados das operadoras; ii) Proposta de Resolução Normativa para tratar de Mecanismos Financeiros de Regulação, a saber, Coparticipação e Franquia; iii) Proposta de Resolução Normativa dispondo sobre as operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo operadoras de planos de assistência à saúde.

5.4 PARTICIPAÇÃO EM AUDIÊNCIAS PÚBLICAS NO PODER LEGISLATIVO FEDERAL

Em 2017, a ANS participou de Audiências Públicas convocadas pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, conforme relação a seguir:

TABELA 8 - PARTICIPAÇÃO DA ANS EM AUDIÊNCIAS PÚBLICAS NO PODER LEGISLATIVO FEDERAL EM 2017

Câmara dos Deputados			
Comissões Permanentes			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
CDC Comissão de Defesa do Consumidor	Deputado Marco Tebaldi (PSDB/SC)	<u>REQ 131/2017:</u> Solicita realização de Audiência Pública para discussão do tema: “Quebra unilateral de contrato por parte de operadoras de planos de saúde”.	04/07/2017
CDC Comissão de Defesa do Consumidor	Deputado Júlio Delgado (PSB/MG)	<u>REQ 171/2017:</u> Requer a realização de audiência pública para debater a inclusão do tratamento de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) no rol de procedimentos cobertos pelos planos de saúde.	22/08/2017

Câmara dos Deputados			
Comissões Permanentes			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
CSSF Comissão Seguridade Social e Família Audiência referente aos Requerimentos em conjunto nº's: 455/17, 514/17, 520/17.	Deputado Jorge Solla (PT/BA)	REQ 455/2017: Requer a realização de reunião para debater Planos de Saúde de Autogestão.	19/10/2017
	Deputado João Paulo Kleinubing (PSD/SC)	REQ 514/2017: Requer a realização de Audiência Pública para debater e/ou prestarem esclarecimentos do não reembolso por parte das operadoras de Planos de Saúde ao Sistema Único de Saúde - (SUS), por atendimentos prestados aos clientes dos planos e por multas a eles aplicadas.	
	Flávia Morais (PDT/GO)	REQ 520/2017: Requer a realização de audiência pública conjunta para discutir alternativas para a redução dos custos de aquisição dos antineoplásicos de uso oral distribuídos obrigatoriamente pelas operadoras de planos de saúde aos segurados em tratamento de câncer.	
Comissões Temporárias Especiais			
Comissão	Parlamentar Assunto		Data
Comissão Especial para analisar PL 7419/2006 e seus apensados	Dep. Rogério Marinho (PSDB/RN)	REQ 04/2017: Requer a realização de audiência pública para debater Planos de Saúde de Autogestão, no âmbito da Comissão Especial PL 7419/06 - Planos de Saúde.	04/07/2017
CETECSAU Comissão de Inovação tecnológica da saúde	Deputado Hiran Gonçalves (PP/RR)	REQ 10/2017: Requer a realização de Audiência Pública a fim de debater o processo de incorporação de novos tratamentos na cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde suplementar.	08/08/2017

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

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.

A ANS participa das seguintes Comissões e Grupos de Trabalho: Ministério da Saúde - Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS) e Grupo Técnico sobre Desburocratização; Casa Civil da Presidência: Fórum de Dirigentes das Agências Reguladoras e Grupo Técnico de Regulação em Comércio Exterior da Câmara de Comércio Exterior e Avaliação de Impacto regulatório no âmbito do PRO-REG.

6. FISCALIZAÇÃO

Em 2017, entre as principais atividades relacionadas à fiscalização destacam-se o entendimento publicado sobre o tema Reembolso, os valores arrecadados em multas, a assinatura de novos acordos de cooperação no âmbito do Programa Parceiros da Cidadania, a proposta para novo sistema de fiscalização, e o estudo sobre Classificação da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).

6.1 ENTENDIMENTO SOBRE REEMBOLSO

A Instrução Normativa IN nº 12, de 2016, da Diretoria de Fiscalização (DIFIS), instituiu os “Entendimentos” como o instrumento oficial para a fixação e padronização dos entendimentos a vigorarem nas ações e atividades de fiscalização. Em fevereiro de 2017, a ANS publicou o Entendimento DIFIS nº 8, visando fixar e uniformizar sua atuação nos processos administrativos sancionadores e infrações relacionados ao tema reembolso. O documento contempla fundamentos, espécies, características e elementos do reembolso, bem como o correto enquadramento das condutas infrativas decorrentes.

Com a publicação, uniformizou-se o entendimento acerca da natureza da demanda (assistencial ou não assistencial) e a correta tipificação (art. 77 ou 78 da Resolução Normativa nº 124, de 2006). São tratadas, ainda, as situações mais recorrentes enfrentadas pela fiscalização.

6.2 REDUÇÃO DO TRÂMITE PROCESSUAL

O Relatório de Auditoria Anual de Contas da Controladoria Geral da União (CGU), publicado em 2017, com base em análise feita em 2016, ressaltou o ganho para o consumidor de plano de saúde a partir da RN nº 388, de 2015, refletido, principalmente, na redução do trâmite processual e passivo de processos, além da adequação das demais ações fiscalizatórias dentre as quais se enquadra o programa de intervenção fiscalizatória. O Certificado de Auditoria Anual de Contas, divulgado pela Agência, ratifica o Relatório de Auditoria Anual de Contas da CGU.

6.3 AVANÇOS NA NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR (NIP)

A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) é um instrumento de mediação que visa solucionar de forma consensual conflitos entre operadoras e beneficiários de planos. A partir da reclamação cadastrada pelo usuário em um dos canais de atendimento da ANS, a operadora é notificada, por meio eletrônico, e tem até dez dias úteis para adotar as medidas necessárias para a solução do problema do demandante.

Desde abril de 2017, os consumidores que registram demandas de informação e reclamação na Agência passaram a receber mensagens de SMS no celular. O usuário pode receber até cinco avisos, de acordo com o andamento de sua demanda: informação de protocolo; prazos inicial e final para responder à ANS sobre a conclusão do atendimento; finalização da demanda; e solicitação para entrar em contato com o Disque ANS.

Do ponto de vista do cidadão, o serviço de notificação do andamento dos processos por SMS representa conveniência e qualidade. Para a ANS, se constitui em ferramenta de incremento da transparência ativa no acompanhamento da atuação da instituição. Além disso, com o serviço, a Agência objetiva reduzir o número de demandas NIP que são inativadas em virtude de ausência de resposta do consumidor sobre a resolução do seu problema.

A partir de outubro, a Agência realizou estudo sobre a classificação de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) em matérias que envolvem, simultaneamente, operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, objetivando definir com maior clareza quais demandas devem ser encaminhadas para cada uma delas.

Em 2017, por meio da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, a mediação de conflitos resolveu 89,1% das demandas assistenciais de forma célere, sem necessidade de abertura de um processo sancionador.

6.4 PARCEIROS DA CIDADANIA: NOVOS ACORDOS DE COOPERAÇÃO

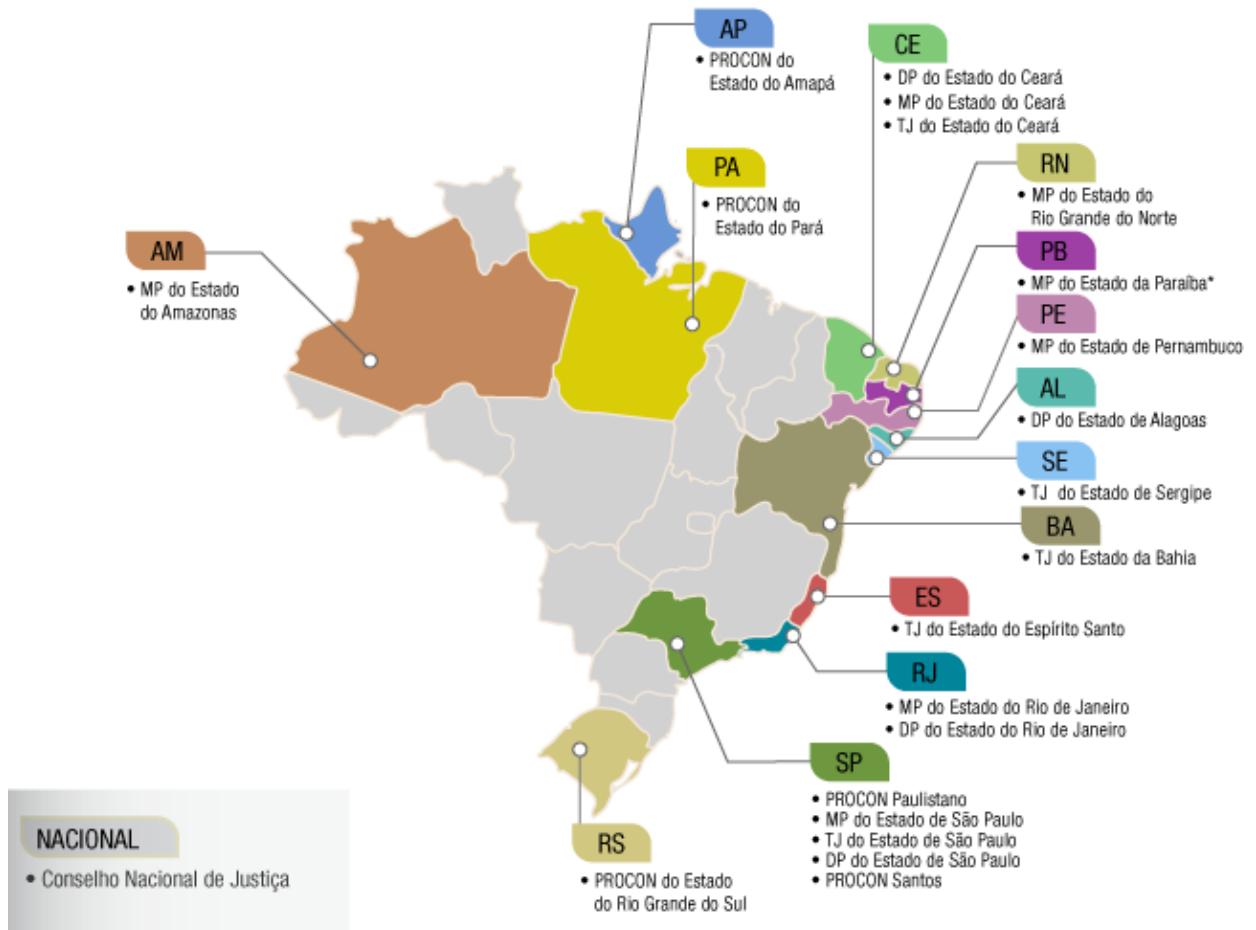
O programa Parceiros da Cidadania é uma importante estratégia para a consolidação da relação institucional entre a ANS e os órgãos e entidades de defesa do consumidor em todo o país. Busca a integração dos trabalhos desenvolvidos pela Agência e outros órgãos públicos, de forma que estas instituições possam ter acesso a informações técnicas do setor de saúde suplementar para melhor orientar os beneficiários de planos de saúde.

O Programa também contribui para reduzir a assimetria de informação no mercado de saúde suplementar por meio da divulgação dos normativos e decisões técnicas da ANS, subsidiando o beneficiário com informações necessárias para a escolha de planos de saúde que mais se ajustem às suas expectativas. A partir da assinatura dos acordos de cooperação, assume-se um compromisso de troca de informações entre as instituições com o objetivo de fazer um trabalho conjunto para que as decisões sejam alinhadas e haja garantia de proteção ao consumidor e redução da judicialização.

Em 2017, a Agência firmou novos acordos de cooperação técnica no âmbito do Programa Parceiros da Cidadania, chegando a compor ao fim do ano o total de 23 parcerias com órgãos das cinco regiões do Brasil, sendo uma em âmbito nacional (Conselho Nacional de Justiça).

O mapa a seguir indica os acordos firmados no âmbito do Programa Parceiros da Cidadania:

ILUSTRAÇÃO 11 - PARCEIROS DA CIDADANIA EM 2017



A iniciativa vem ao encontro com o que determina o artigo 4º da Lei nº 9.961, de 2000, que estabelece a competência da ANS para articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando à eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde.

6.5 GRUPO DE TRABALHO DEBATES FISCALIZATÓRIOS

Em janeiro de 2017, a Agência instituiu um grupo de trabalho para discutir e aperfeiçoar a fiscalização realizada junto às operadoras de planos de saúde. O GT Debates Fiscalizatórios reuniu representantes de operadoras, de prestadores de serviços de saúde e de órgãos de defesa do consumidor, com o propósito de, ao final das atividades, definir um novo modelo de fiscalização para a Agência, centrado na racionalidade, proporcionalidade e eficiência das ações e na efetividade de seus resultados.

A agenda de Debates Fiscalizatórios já havia sido iniciada em fevereiro de 2016, com a realização de encontros para apresentar resultados de ações da ANS que resultaram na redução do tempo médio de apuração e de decisão de processos administrativos - como as mudanças promovidas pela Resolução Normativa nº 388, de 2016.

Em suas considerações, as entidades destacaram diversos pontos para reflexão na criação do novo modelo, entre eles: sanções proporcionais à gravidade da infração; proporcionalidade entre multa e infração; dosimetria (cálculo) das multas; garantia do caráter preventivo da sanção; penalidade alinhada à gravidade da consequência gerada ao consumidor; e conversão de multas pecuniárias em alternativas que beneficiem a sociedade e/ou beneficiários.

Aproveitando sugestões recebidas nos debates, foi desenvolvida minuta de normativo sobre o tema, discutida preliminarmente com o Grupo, visando a construção conjunta de um novo modelo fiscalizatório indutor de boas práticas. Em seguida, foi realizada consulta pública para ampliar a participação da sociedade, abordada no próximo item.

6.6 PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE NOVO SISTEMA DE FISCALIZAÇÃO

O processo participativo de construção de um novo sistema de fiscalização vinha sendo promovido pela ANS desde setembro de 2016. Além de discussões internas, com servidores de todas as áreas da Agência, foram realizadas quatro reuniões do Grupo Técnico Debates Fiscalizatórios, que contou com a participação de órgãos de defesa do consumidor, Ministério Público Estadual do Rio de Janeiro, Defensoria Pública, representantes de operadoras de planos de saúde e de entidades médicas. Todos os documentos relativos às discussões realizadas estão disponíveis no portal da ANS em Participação da Sociedade / Câmaras e Grupos Técnicos / Grupo Técnico de Debates Fiscalizatórios.

TABELA 9 - PRINCIPAIS MEDIDAS DO NOVO SISTEMA DE FISCALIZAÇÃO

Novo Sistema de Fiscalização - Principais Medidas

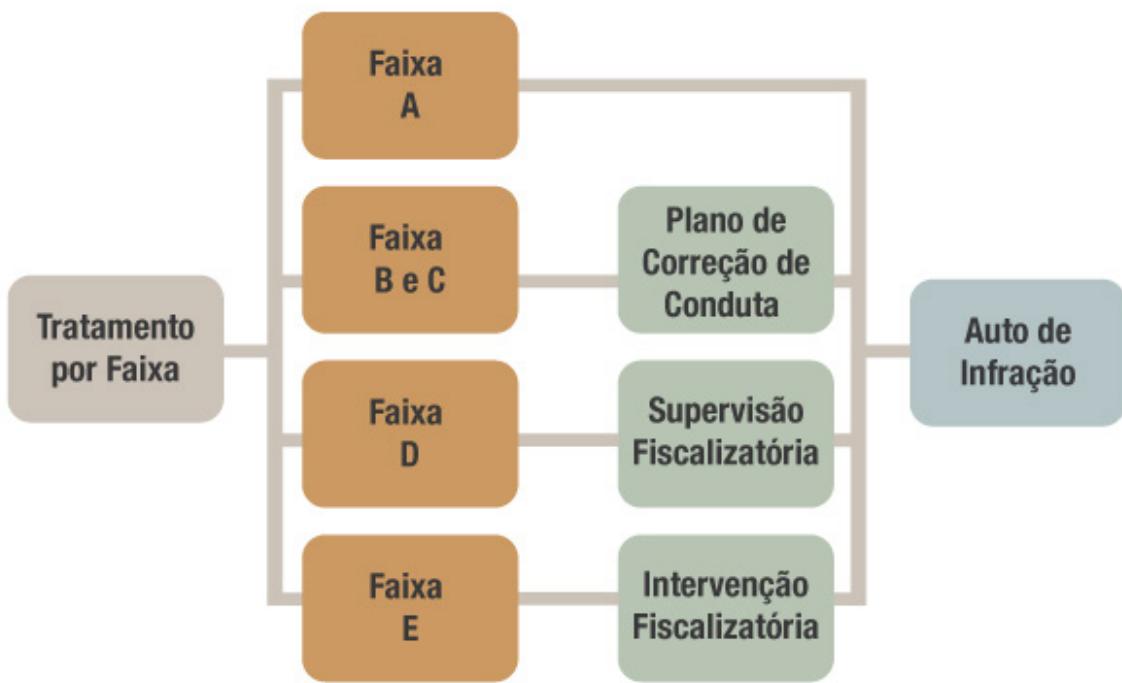
- Classificação e tratamento de operadoras por faixa de desempenho, com incentivos para que as operadoras estejam na melhor posição
- Aprimoramento do Indicador de Fiscalização: será observado o desempenho perante a fiscalização, com dados referentes à solução prévia do conflito com os beneficiários e a sua estrutura de atendimento, e, ainda, o cumprimento das obrigações regulatórias de envio de informações periódicas à ANS
- Consideração do porte econômico – faturamento anual – para aplicação da penalidade
- Estabelecimento de sanções efetivamente proporcionais ao dano causado

Já ao longo de agosto e setembro de 2017, a Agência realizou a Consulta Pública nº 65, visando receber contribuições de toda a sociedade acerca de proposta normativa para implementação do novo sistema de fiscalização.

O objetivo da proposta é tornar as atividades fiscalizatórias mais eficientes, aprimorando a regulação do setor e promovendo melhoria no atendimento aos beneficiários de planos de saúde. Além de mudanças nos fluxos dos processos fiscalizatórios, a proposta de Resolução Normativa traz novidades como o tratamento diferenciado pela faixa de desempenho das operadoras, medido através de indicadores sobre o atendimento ao beneficiário e o cumprimento da regulação, além de alterações na aplicação das penalidades.

ILUSTRAÇÃO 12 - TRATAMENTO POR FAIXA DE DESEMPENHO NO NOVO SISTEMA DE FISCALIZAÇÃO

Tratamento por faixa de desempenho



O modelo propõe reunir em uma única norma resoluções que tratam dos procedimentos das ações fiscalizatórias e das penalidades. As inovações incluem fortalecimento da intermediação de conflitos, tratamento diferenciado por faixa de desempenho e proporcionalidade no valor das multas, contemplando ações e medidas para induzir efetiva mudança de comportamento das operadoras em favor dos beneficiários de planos de saúde.

O sistema de fiscalização proposto contempla a classificação das operadoras por faixa de desempenho e a aplicação de medidas correspondentes a cada faixa. Quanto pior o desempenho, mais rigorosas serão as ações e medidas adotadas, repercutindo também na dosimetria do valor.

TABELA 10 - INSTITUTOS DA PROPOSTA DO NOVO SISTEMA DE FISCALIZAÇÃO

	<h3>Plano de Correção de Conduta</h3> <p>Plano elaborado a partir da identificação, pela fiscalização, de condutas reiteradas lesivas aos beneficiários</p> <p>Elaborado pela própria operadora</p> <p>Deve ser aprovado pela fiscalização</p> <p>O monitoramento do plano se dará através do histórico da posição da operadora na faixa de desempenho e da reiteração de condutas infratativas</p> <p>A aprovação do plano leva ao não-aggravamento das multas</p>
	<h3>Supervisão Fiscalizatória</h3> <p>Conjunto de ações planejadas, sistematizadas e dotado de critérios de seleção objetivos a fim de identificar e solucionar condutas infratativas potencial e/ou efetivamente praticadas</p> <p>Ação proativa da fiscalização da ANS</p> <p>Seleção de operadoras na segunda pior faixa de desempenho</p> <p>Penalidades: multa pecuniária específica de R\$ 50 mil a R\$ 500 mil e suspensão do administrador de 30 a 60 dias</p>
	<h3>Intervenção Fiscalizatória</h3> <p>Conjunto de ações planejadas, sistematizadas e dotado de critérios de seleção objetivos, a fim de identificar e solucionar condutas infrativas potencial e/ou efetivamente praticadas de maior gravidade</p> <p>Ação proativa da fiscalização da ANS</p> <p>Seleção de operadoras na pior faixa de desempenho</p> <p>Atuação em in loco como regra</p> <p>Penalidades: afastamento dos mecanismos de conclusão antecipada do processo; afastamento da RVIP; recomendação de instauração de regimes especiais; multa pecuniária específica de R\$ 200 mil a R\$ 1 milhão; suspensão do administrador de 30 a 180 dias</p>

Obs.: Normativo específico disciplinará de forma mais detalhada os institutos acima descritos

Após a Consulta Pública nº 65, a proposta de nova norma prossegue em estudo.

6.7 CANAIS DE RELACIONAMENTO COM O CONSUMIDOR

ILUSTRAÇÃO 13 - CANAIS DE RELACIONAMENTO COM O CONSUMIDOR



Disque ANS
0800 701 9656



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br

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.

Já a Central de Atendimento especializado para deficientes auditivos pode ser acessada por meio do número 0800 021 2105, com chamadas gratuitas. O atendimento especializado é 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 deve fazer a ligação pelo mesmo tipo de aparelho.

Em 2017, a Agência recebeu 669.730 mil ligações pelo Disque ANS (485.886 transferidas para atendimento humano e 183.844 para atendimento eletrônico do Disque ANS), o qual possui uma capacidade de 180 ligações simultâneas, e registrou 329 mil demandas por telefone, 22 mil demandas pela Central de Atendimento no portal da ANS, 5 mil atendimentos nos Núcleos da ANS no país e mais mil atendimentos por outros meios de comunicação.

Assim, recebeu um total de 357 mil demandas, das quais 268 mil pedidos de informações (75%) e 89 mil (25%) reclamações de beneficiários. Por meio da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, a mediação de conflitos resolveu 89,1% das demandas assistenciais de forma célere, sem necessidade de abertura de um processo sancionador.

III - DESTAQUES DA GESTÃO INSTITUCIONAL

Destacam-se a revisão e detalhamento da Agenda Regulatória; os avanços da Política de Gestão de Riscos e das ações de Sustentabilidade Ambiental; a conclusão da implantação do processo administrativo digital, além de eventos institucionais.

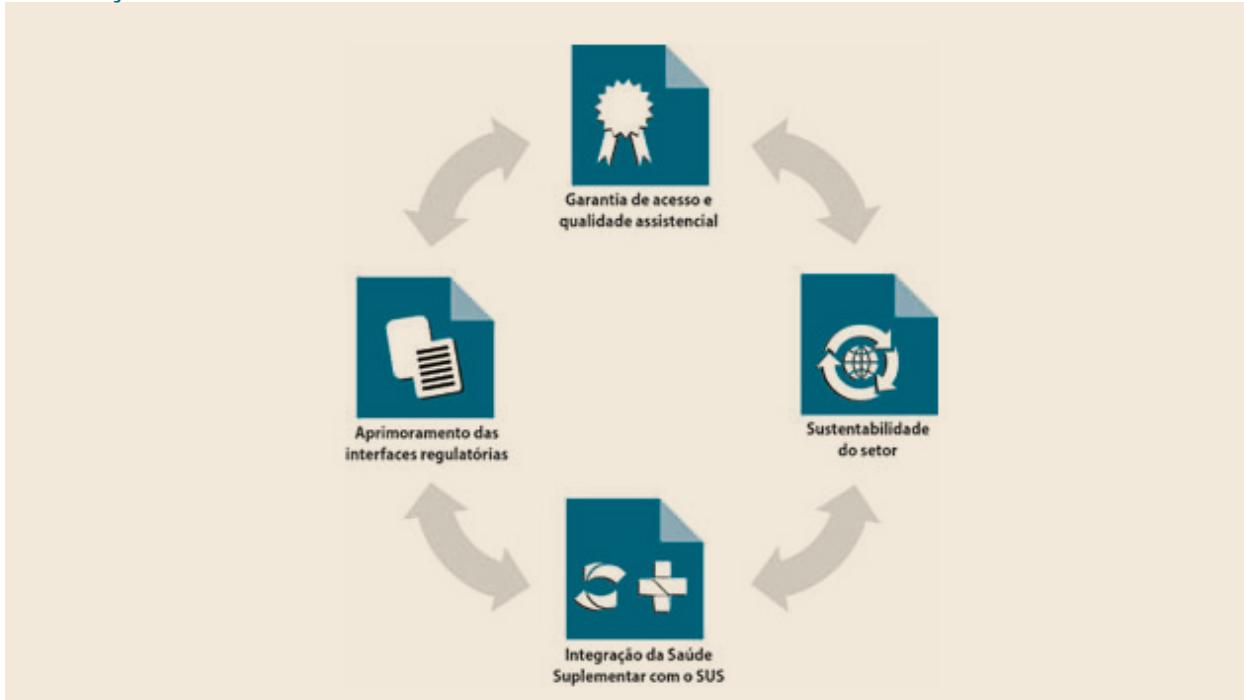
• REVISÃO E DETALHAMENTO DA AGENDA REGULATÓRIA

A agenda regulatória é um importante instrumento de gestão e permite que todo o setor regulado, órgãos de governo e a sociedade em geral tenham previsibilidade sobre a regulação do setor. Dar transparência a essas informações é uma forma de prestar contas e de indicar os rumos que o setor de planos de saúde deverá seguir.

Com a finalidade de dar maior visibilidade às ações previstas à Agenda Regulatória, a ANS revisitou as prioridades estipuladas para o período 2016 a 2018 e disponibilizou de forma detalhada, em seu portal na internet, fichas técnicas com os temas que estão no foco da Agência, os cronogramas de implementação de ações e os resultados esperados.

A Agenda 2016/2018 é composta por quatro eixos, cada qual com seus macroprojetos: Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial, Sustentabilidade do Setor, Integração da Saúde Suplementar com o SUS e Aprimoramento das Interfaces Regulatórias.

ILUSTRAÇÃO 14 - EIXOS TEMÁTICOS DA AGENDA REGULATÓRIA 2016/2018.



Os Macroprojetos, as Ações da Agenda Regulatória 2016-2018 e o seu Monitoramento estão disponíveis no portal da Agência, em Principal / A ANS / Transparéncia Institucional / Agenda Regulatória e o relatório do processo de revisitação pode ser acessado em http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/agenda_regulatoria_fichas_qualificacao_projeto.pdf.

- SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL: DIVULGAÇÃO DO RELATÓRIO DE 2016 E CONCLUSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA COLETA SELETIVA SOLIDÁRIA

A Agência finalizou a implantação do programa Coleta Seletiva Solidária em sua sede, no Rio de Janeiro, a um custo próximo a zero. O processo levou cerca de um ano e atendeu à determinação do Decreto nº 5.940, de 2006 da Presidência da República, que institui a separação dos resíduos recicláveis descartados pelos órgãos e entidades da administração pública federal direta e indireta, na fonte geradora, e a sua destinação às associações e cooperativas dos catadores de materiais recicláveis.

Os resíduos recicláveis são coletados por duas cooperativas selecionadas por meio de um Edital de Habilitação lançado em 2016. No período de um ano, foram realizadas 13 coletas de resíduos, com média de 1.270 kg por mês. A finalização desse processo representa um marco importante para a instituição, com mais um passo para a sedimentação de uma cultura voltada para o comportamento sustentável.

O Relatório de Acompanhamento do Plano de Logística Sustentável (PLS) da Agência de 2016, está disponível no Portal da ANS, em http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/pls/relatorio_pls_2016.pdf.

- NOMEAÇÃO DE NOVOS SERVIDORES

Em 2017, foram nomeados 102 candidatos (66 técnicos administrativos e 36 técnicos em regulação) aprovados em concurso público. Os novos servidores tomaram posse em junho do mesmo ano.

- ADESÃO À REDE INOVAGOV

A ANS assinou sua adesão ao Acordo de Cooperação Técnica da Rede Federal de Inovação no Setor Público – Rede InovaGov. O Acordo tem a finalidade de promover o fortalecimento e a ampliação da cooperação técnica entre os participantes, o apoio à execução de projetos e à adoção de práticas inovadoras no âmbito governamental, de modo a conferir maior eficiência e eficácia à gestão pública na prestação de serviços à sociedade.

A adesão da ANS formaliza a sua participação na iniciativa, favorecendo a consolidação de arranjo institucional diferenciado de estímulo à inovação. A Rede InovaGov possibilita a troca de experiências inovadoras entre diversas organizações, incentivando a construção conjunta de soluções para problemas públicos, e auxiliando no desenvolvimento de uma cultura de inovação no serviço público brasileiro.

- POLÍTICA DE GESTÃO DE RISCOS

Em 2017, os principais avanços na Gestão de Riscos foram: a criação do Comitê de Governança, Riscos e Controles (CGRC), formado pelos integrantes da Diretoria Colegiada da Agência, como instância máxima de decisão sobre o tema na instituição; reuniões de troca de experiências com Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO), Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP) e Agência Nacional do Cinema (ANCINE); capacitação de 135 servidores da

Agência ao longo de fevereiro, junho e setembro na metodologia desenvolvida para a Agência e início da avaliação de riscos em 17 novos processos de trabalho. Entre processos de trabalho cuja gestão de riscos foi iniciada, desenvolvida e descontinuada, em dezembro de 2017 chegou-se a 31 processos de trabalho inseridos na Gestão de Riscos.

- **INOVAÇÃO INSTITUCIONAL - PROCESSO ADMINISTRATIVO DIGITAL.**

Em janeiro de 2017, a ANS concluiu a implementação do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) em janeiro de 2017. Uma medida importante neste processo foi a designação de administradores setoriais que atuam como pontos focais e colaboram em tarefas de gestão e permissionamento do sistema. Outra medida fundamental para favorecer a transição de processos físicos a digitais foi a implementação de uma Central de Digitalização, responsável por digitalizar 7401 volumes de processos administrativos, com um total de aproximadamente 1.480.200 folhas, em operação realizada de fevereiro a dezembro de 2017. As estratégias de comunicação, acompanhamento e favorecimento dessa mudança operacional e cultural prosseguiram ao longo do ano.

Com o SEI implementado, a tramitação acontece de forma eletrônica, mais ágil e segura, podendo ocorrer ao mesmo tempo em mais de uma unidade organizacional. Além disso, um documento armazenado num único local fica acessível a todos os servidores e, em breve, para a sociedade, respeitado o sigilo, quando for o caso.

Entre benefícios obtidos com o processo eletrônico, além de economia de custos de impressão e de espaço físico para guarda de processos, deve-se considerar aumento de produtividade, redução de impacto ambiental e outras.

Em 2018 será possível o acesso externo ao sistema, o que será um novo marco na implantação do SEI.

- **UM ESPAÇO ABERTO PARA A INTERAÇÃO E O CONHECIMENTO**

O Espaço Aberto é realizado desde junho de 2006. As reuniões são periódicas, com duração de até 60 minutos, e se caracterizam pela pluralidade de temas abordados e pelo desejo de compartilhar experiências, conhecimentos, 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.

TABELA 11 - ESPAÇO ABERTO – 2006 A 2017

Ano	Eventos	Participantes	Média de Participantes por Evento
2017	21	852	41
2016	18	532	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	-
2006-2017	256	5.946	33

De 2006 a 2017, foram realizados 256 encontros. De 2009 (quando o número de participantes começou a ser registrado) até 2017, o Espaço Aberto contou com 5.946 participações.

Os materiais relacionados aos eventos Espaço Aberto, incluindo apresentações, slides e vídeos, estão disponíveis a todos os interessados na Biblioteca ANS Saúde Suplementar (<http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>).

- **EVENTOS INSTITUCIONAIS**

Como parte de suas rotinas de desenvolvimento de trabalhos e de comunicação com o setor regulado, a ANS realiza eventos institucionais ao longo do ano. A lista dos eventos institucionais realizados em 2017 é informada na tabela a seguir.

TABELA 12 - EVENTOS INSTITUCIONAIS EM 2017

Eventos Institucionais Realizados em 2017						
TÍTULO DO EVENTO	PÚBLICO ALVO	CIDADE	DIA(S)	MÊS	PÚBLICO FINAL	EXTERNO/INTERNO
COTAQ	Prestadores	Rio de Janeiro	11	1	67	externo
Cosaúde - Revisão do Rol	Membros do Grupo Técnico	Rio de Janeiro	3	fevereiro		interno
Cosaúde - Revisão do Rol	Membros do Grupo Técnico	Rio de Janeiro	8	fevereiro	22	interno
Oficinas Regionais sobre Georreferenciamento e Novo Aplicativo Reajuste Individual	Operadoras	Fortaleza - CE	9	fevereiro	94	externo
Cosaúde - Revisão do Rol	Membros do Grupo Técnico	Rio de Janeiro	9	fevereiro	18	interno
Reunião do Grupo Técnico de Remuneração	Prestadores	Rio de Janeiro	14	fevereiro	80	externo
Reunião do Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia	Operadora	Rio de Janeiro	14	fevereiro	65	externo
Audiência Pública sobre Ativos Garantidores	Operadoras	Rio de Janeiro	14	fevereiro	100	externo
Lei 13.003, de 2014	Prestadores	Rio de Janeiro	15	fevereiro	108	Exteno
Oficinas Regionais sobre Georreferenciamento e Novo Aplicativo Reajuste Individual	Operadoras	São Paulo	15	fevereiro	107	externo
Idoso bem cuidado	Operadoras e Prestadores	São Paulo	16	fevereiro	131	externo
Oncorede	Operadoras e Prestadores	São Paulo	17	fevereiro	105	externo
Oficinas Regionais sobre Georreferenciamento e Novo Aplicativo Reajuste Individual	Operadoras	Curitiba	17	fevereiro	150	externo
Oficinas Regionais sobre Georreferenciamento e Novo Aplicativo Reajuste Individual	Operadoras	Rio de Janeiro	21	fevereiro	106	interno

Eventos Institucionais Realizados em 2017

TÍTULO DO EVENTO	PÚBLICO ALVO	CIDADE	DIA(S)	MÊS	PÚBLICO FINAL	EXTERNO/INTERNO
Cosaúde - Revisão do Rol	Membros do Grupo Técnico	Rio de Janeiro	23	fevereiro		interno
Camara Técnica de Compartilhamento de Risco	Operadoras	Rio de Janeiro	6	março	30	interno
Reunião da Comissão Permanente de Solvencia	Membros da Comissão Permanente de Solvência	Rio de Janeiro	6	março		interno
Reunião de Planejamento Estrategico da GMOA	Servidores	Rio de Janeiro	7	março	10	externo
89ª CAMSS	Membros e Convidados da Câmara de Saúde Suplementar	Rio de Janeiro	9	março	64	externo
Cosaúde - Revisão do Rol	Membros do Grupo Técnico	Rio de Janeiro	14	março	18	interno
Cosaúde - Revisão do Rol	Membros do Grupo Técnico	Rio de Janeiro	15	março	21	interno
Cosaúde - Revisão do Rol	Membros do Grupo Técnico	Rio de Janeiro	16	março	21	interno
Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos	Operadoras	Rio de Janeiro	17	março	80	externo
Audiência Pública sobre Franquia e Cooparticipação	Aberto ao público em geral	Rio de Janeiro	20	março	180	externo
Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras	Operadoras	Rio de Janeiro	24	março	22	interno
Reunião - Assunto: Obesidade	Operadora e Prestadores	Rio de Janeiro	30	março	20	externo
Reunião com a Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão	Servidores	Rio de Janeiro	31	março	10	interno
GT Acreditação de Operadoras	Operadoras	Rio de Janeiro	31	março	25	interno
Câmara Técnica de Compartilhamento de Risco	Membros da Câmara Técnica	Rio de Janeiro	3	abril	43	interno
2ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos - Rede	Operadoras	Rio de Janeiro	6	abril	105	interno
Grupo Técnico da Lei 13.003, de 2014		Rio de Janeiro	26	abril		EXTERN

Eventos Institucionais Realizados em 2017						
TÍTULO DO EVENTO	PÚBLICO ALVO	CIDADE	DIA(S)	MÊS	PÚBLICO FINAL	EXTERNO/INTERNO
Oficina sobre Depressão e outros Transtornos com base no MI-GAP	Operadoras	Rio de Janeiro	11	abril	30	interno
GT de Remuneração	Prestadores	Rio de Janeiro	11	abril	44	externo
Reunião de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão ANS/MS	Servidores	Rio de Janeiro	18	abril	25	interno
Reunião Coparticipação & Franquia (público Interno)	Servidores	Rio de Janeiro	26	abril	26	interno
Grupo Técnico de Qualificação de Operadoras	Operadoras	Rio de Janeiro	26	abril	22	interno
Reunião do COPISS	Membros do COPISS	Rio de Janeiro	27	abril	Não informado	externo
SAP 1 Nacional - Projeto Parto Adequado	Prestadores e Operadoras	São Paulo	2 e 3	maio	315	externo
Reunião Coparticipação & Franquia	Prestadores e Operadoras	Rio de Janeiro	4	maio	15	interno
Câmara Técnica de Compartilhamento de Risco	Operadoras	Rio de Janeiro	8	maio	33	Interno
Reunião da Comissão Permanente de Solvência	Operadoras	Rio de Janeiro	8	maio	?	Interno
Oficina de Trabalho do Projeto Sorriso	Prestadores e Operadoras	Rio de Janeiro	9	maio	26	externo
O Workshop “Ativos Garantidores: IN DIOPE 54/17 e Autorização Prévia Anual	Operadoras	São Paulo	9	maio	Não informado	externo
Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras	Operadoras	Rio de Janeiro	12	maio	24	a definir
Reunião para Apresentação das Propostas do GT Debates Fiscalizatórios	Operadoras, órgão de defesa do consumidor, poder judiciário, defensoria pública, Ministério Público e servidores	Rio de Janeiro	18	maio	54	interno
GT de Remuneração	Prestadores	Rio de Janeiro	19	maio	Não informado	interno

Eventos Institucionais Realizados em 2017

TÍTULO DO EVENTO	PÚBLICO ALVO	CIDADE	DIA(S)	MÊS	PÚBLICO FINAL	EXTERNO/INTERNO
Workshop Promoprev	Operadoras	Brasília	24	maio	50	externo
Oficinas Regionais sobre assuntos técnicos da GGREP	Operadoras	Brasília	25	maio	70	externo
4ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos - Rede	Operadoras	Rio de Janeiro	30	maio	86	Externo
Evento AMB - Novas Formas de Remuneração: Causas e Consequências: Uma Avaliação Crítica (participação ANS)	Prestadores	São Paulo	31	maio	Não informado	externo
LAB Odonto	Prestadores	Rio de Janeiro	7	junho	29	interno
90ª CAMSS	Membros e Convidados da Câmara de Saúde Suplementar	Rio de Janeiro	8	junho	67	externo
GT de Remuneração	Prestadores	Rio de Janeiro	13	junho	50	externo
Workshop Promoprev	Operadoras	Florianópolis	21	junho	61	externo
Reunião do GT de Acreditação	Operadoras	Rio de Janeiro	23	junho	30	interno
Reunião sobre Saúde Suplementar com Líderes do Setor	Representantes do Setor	Rio de Janeiro	26	junho	?	interno
Reunião com operadoras do Projeto Parto Adequado	Prestadores e Operadoras	Rio de Janeiro	26	junho	57	externo
Reunião do Grupo Técnico – Debates Fiscalizatórios	Operadoras, órgão de defesa do consumidor, Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público e servidores	Rio de Janeiro	27	junho	39	interno
Palestra: Gestão Sustentável na Administração Pública	Servidores	Rio de Janeiro	27	junho	Não informado	interno

Eventos Institucionais Realizados em 2017						
TÍTULO DO EVENTO	PÚBLICO ALVO	CIDADE	DIA(S)	MÊS	PÚBLICO FINAL	EXTERNO/INTERNO
Reunião com Ministro de Estado da Saúde e Dirigentes dos Hospitais Federais	Diretores dos Hospitais Federais	Rio de Janeiro	3	julho	8	interno
5ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos	Operadoras	Rio de Janeiro	5	julho	75	externo
Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos	Operadoras	Rio de Janeiro	6	julho	24	interno
Reunião da Comissão Permanente de Solvência	Operadoras	Rio de Janeiro	6	julho	18	interno
LAB Odonto	Prestadores	Rio de Janeiro	6	julho	7	externo
CONASEMS - Participação no estande do Ministério da Saúde - balcão ANS	Público em geral	Brasília	12 à 15	julho	Não informado	externo
Reunião do GT Debates Fiscalizatórios	Operadoras, órgão de defesa do consumidor, Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público e servidores	Rio de Janeiro	25	julho	88	externo
Reunião de Subgrupo do Qualiss (Fator de qualidade com representantes dos profissionais de saúde)	Prestadores	Rio de Janeiro	2	Agosto	18	interno
Reunião de Subgrupo do Qualiss (Fator de qualidade com representantes do SADT)	Prestadores	Rio de Janeiro	3	Agosto	26	interno
Reunião de Subgrupo do Qualiss (Fator de qualidade com representantes dos hospitais)	Prestadores	Rio de Janeiro	3	Agosto	Não informado	interno
4ª Reunião do GT de Acreditação	Operadoras	Rio de Janeiro	7	Agosto	29	interno
6ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos	Operadoras e Prestadores	Rio de Janeiro	9	Agosto	146	externo

Eventos Institucionais Realizados em 2017						
TÍTULO DO EVENTO	PÚBLICO ALVO	CIDADE	DIA(S)	MÊS	PÚBLICO FINAL	EXTERNO/INTERNO
IV Semana de Orientação dos Consumidores de Planos de Saúde	Público em geral	Belém	10 e 11	Agosto	Não informado	externo
Reunião com Empreagadores da Saúde Suplementar	Empresas contratantes	Rio de Janeiro	14	Agosto	20	interno
GT de Remuneração	Prestadores	Rio de Janeiro	15	Agosto	77	externo
Workshop Promoprev	Operadoras	Recife	16	Agosto	60	externo
Reunião Intermediária do do Grupo 3 do GT de Acreditação	Operadoras	Rio de Janeiro	30	Agosto	Não informado	interno
4ª Reunião Lab-Odonto	Prestadores	Rio de Janeiro	5	Setembro	17	interno
5ª Reunião do GT de Acreditação	Operadoras	Rio de Janeiro	11	Setembro	30	interno
Reunião Estratégica sobre a Situação Atual e Perspectivas Futuras do Setor	Representantes do Setor	Rio de Janeiro	12	Setembro	15	interno
Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos	Operadoras	Rio de Janeiro	13	Setembro	28	interno
91ª CAMSS	Membros e Convidados da Câmara de Saúde Suplementar	Rio de Janeiro	14	Setembro	55	externo
Reunião intermediária dos subgrupos 1 e 3 do GT de Acreditação	Operadoras	Rio de Janeiro	25	Setembro	14	interno
Simpósio Economia, Regulação e Saúde Suplementar	Público em geral	Rio de Janeiro	3	Outubro	217	externo
Workshop Promoprev	Operadoras	Belo Horizonte	4	Outubro	88	externo
XI Encontro das Auditorias Internas das Agências Reguladoras Federais - Audite Agências	Agências Reguladoras	Rio de Janeiro	9, 10 e 11	Outubro	39	externo
Audiência Pública	Público em geral	Rio de Janeiro	11	Outubro	60	externo
Reunião do COTAQ	Prestadores	Rio de Janeiro	18	Outubro	32	externo

Eventos Institucionais Realizados em 2017						
TÍTULO DO EVENTO	PÚBLICO ALVO	CIDADE	DIA(S)	MÊS	PÚBLICO FINAL	EXTERNO/INTERNO
Reunião entre as Sociedades Médicas e ANS	Representantes do Setor	Rio de Janeiro	13	novembro	20	interno
Workshop Promoprev	Operadoras	Manaus	21	Novembro	31	externo
Encontro ANS - Edição Norte e Centro-Oeste	Operadoras	Manaus	21 à 23	Novembro	129	externo
Reunião com consumidores de planos de saúde	Sociedade	São Paulo	28	novembro	17	Externo
Reunião do COTAQ	Prestadores	Rio de Janeiro	30	novembro	43	interno
Alinhamento Estratégico GGRIN	Servidores	Brasília	5	Dezembro	9	interno
Reunião do GT de Remuneração	Prestadores	Rio de Janeiro	5	Dezembro	65	externo
Seminário Anual da Comissão de Ética da ANS	Servidores	Rio de Janeiro	6	Dezembro	99	interno
92ª CAMSS	Membros e Convidados da Câmara de Saúde Suplementar	Rio de Janeiro	7	Dezembro	46	externo
Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos	Operadoras	Rio de Janeiro	8	Dezembro	68	externo
Reunião da Comissão Permanente de Solvência	Operadoras	Rio de Janeiro	11	Dezembro	31	interno
Evento Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar	Operadoras e Prestadores	Rio de Janeiro	14	Dezembro	112	externo
Oficina para Debates sobre Classificação de NIP's	Operadoras	Rio de Janeiro	18	Dezembro	31	externo

Entre os eventos realizados, destacam-se três oportunidades de intercâmbio de experiências com outras agências reguladoras em temas específicos de gestão pública: o XI Encontro das Auditorias Internas das Agências Reguladoras Federais - Audite Agências e o Encontro de Comunicação das Agências Reguladoras.

- CAMPANHAS DE UTILIDADE PÚBLICA

Divulgar orientações e informações claras, corretas e atualizadas sobre as melhores escolhas em saúde é uma forma de ampliar o poder dos beneficiários de planos de saúde. Por isso, a ANS difunde campanhas publicitárias de utilidade pública.

As campanhas veiculadas em 2017 são apresentadas a seguir.

PARTO ADEQUADO

AGOSTO DOURADO: BENEFÍCIOS DO PARTO NORMAL PARA A AMAMENTAÇÃO

A ANS veiculou em agosto de 2017 a campanha Agosto Dourado, adotando a cor para simbolizar o padrão ouro de qualidade do leite materno e a luta pelo incentivo à amamentação. A Agência usou as redes sociais para abordar os benefícios do aleitamento materno, esclarecendo que, ainda que toda mulher possa amamentar, independentemente do tipo de parto, o parto normal apresenta vantagens no favorecimento ao aleitamento.

ILUSTRAÇÃO 15 - CAMPANHA AGOSTO DOURADO EM REDES SOCIAIS – AGOSTO/2017



NÃO AO AGENDAMENTO, RESPEITE O TEMPO DO BEBÊ

Em dezembro de 2017, devido ao crescimento no número de partos cirúrgicos marcados que são agendados no fim do ano, devido às férias e festas, a Agência realizou campanha do Projeto Parto Adequado para sensibilizar gestantes e profissionais de saúde a evitarem o agendamento de cesarianas. Nas redes sociais, a Agência e as entidades parceiras divulgaram informações importantes sobre o nascimento no tempo certo. A proposta da campanha digital da ANS foi lembrar que o bebê

tem seu tempo e que as fases da gestação devem ser respeitadas, ressaltando a importância de se entender as opções para fazer escolhas de forma consciente. Estudos científicos apontam que bebês nascidos de cesarianas apresentam maiores riscos de complicações respiratórias e são internados em UTI neonatal com mais frequência.

ILUSTRAÇÃO 16 - CAMPANHA DO PROJETO PARTO ADEQUADO NAS REDES SOCIAIS PARA SENSIBILIZAR GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE A EVITAREM O AGENDAMENTO DE CESARIANAS – DEZEMBRO/2017.



ABRIL, MÊS DA SAÚDE
DA SUA SAÚDE CUIDAMOS JUNTOS

**ILUSTRAÇÃO 17 - POST SOBRE DEPRESSÃO, INTEGRANTE DE CAMPANHA NO MÊS DA SAÚDE –
ABRIL/2017**



A ANS promoveu junto às operadoras uma mobilização nacional durante todo o mês de abril – o mês da saúde - em prol do combate a depressão e a obesidade. A campanha teve como slogan: “Da sua saúde cuidamos juntos”. O objetivo foi estimular operadoras a promoverem campanha para a redução dos percentuais de sobrepeso e de obesidade, bem como para o melhor diagnóstico e tratamento da depressão. A intenção foi motivar mudança de hábitos e de estilo de vida dos beneficiários em benefício de mais saúde e qualidade de vida na sociedade. A campanha incluiu oficinas para orientar as operadoras a respeito.

VACINAÇÃO

Em julho, a Agência apoiou campanha do Ministério da Saúde sobre a importância da vacinação em todas as fases da vida e do uso da caderneta de vacinação. A campanha prestava esclarecimentos para combater preconceitos e crenças e destacava o Programa Nacional de Imunizações (PNI) como referência internacional de política pública de saúde.

#CONSULTEANS

CAMPANHA PARA ESCLARECER DIREITOS DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

Nos meses de fevereiro e março e novamente entre setembro e dezembro de 2017, a Agência veiculou campanha informativa para esclarecer à sociedade os direitos dos consumidores de planos de saúde e seu papel como reguladora. O material foi composto por comercial para televisão, animações e posts para redes sociais, além de conteúdo específico para o portal da ANS. O conteúdo da campanha foi definido a partir dos resultados de uma pesquisa realizada pela ANS em 2016. No levantamento, foram identificadas as principais dúvidas do consumidor sobre planos de saúde (carência, cobertura, prazos máximos de atendimento, reajuste e intermediação de conflitos); o grau de conhecimento sobre seus direitos e deveres no que diz respeito à contratação desse tipo de produto; como a decisão de compra é realizada; e como os consumidores avaliam os serviços ofertados pelos planos de saúde no Brasil, entre outras informações.

OUTUBRO ROSA

CONSCIENTIZAÇÃO E MELHORIAS NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

O câncer de mama é o que mais acomete a população feminina mundial e brasileira. No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, é o de maior incidência em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Em 2016, foram estimados 57.960 casos novos, o que representa uma taxa de incidência de 56,2 casos por 100.000 mulheres. O movimento mundial Outubro Rosa visa chamar atenção para a realidade do câncer de mama e a importância do diagnóstico precoce. Em 2017, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (Inca) realizaram no mês de outubro campanha na internet para conscientização sobre a doença. As peças apontavam os principais sinais e sintomas e as ações de controle do câncer de mama. A ANS integrou sua contribuição na divulgação dessa campanha ao Projeto OncoRede, abordado no Capítulo 1 deste relatório.

NOVEMBRO AZUL

COMBATE AO CÂNCER DE PRÓSTATA

Para reforçar orientações sobre a prevenção do câncer de próstata, desde 2011 o Instituto Lado a Lado pela Vida veicula a campanha Novembro Azul. As taxas de incidência no Brasil vêm aumentando devido a dois motivos: aumento da expectativa de vida da população (três quartos dos casos de câncer de próstata no mundo ocorrem em homens acima dos 65 anos) e melhoria da capacidade diagnóstica. Atenta a esse cenário e à necessidade de melhorias na atenção oncológica aos beneficiários de planos de saúde no país, a ANS aproveitou o mês de novembro para se integrar e somar esforços na divulgação da campanha Novembro Azul, incluindo nesse contexto a divulgação do Projeto OncoRede.

ANEXOS

I - RESOLUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2017

Nº RN	Data DOU	Assunto
420	15/02/2017	Altera a Resolução Normativa nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
421	24/03/2017	Altera a Resolução Normativa – RN n.º 405, de 9 de maio de 2016, que dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar – QUALISS.
422	26/04/2017	Altera a Resolução Normativa - RN nº 103, de 17 de junho de 2005, que dispõe sobre o lançamento da Taxa de Saúde Suplementar, instituída pela lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, regulamenta o processo administrativo fiscal no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.
423	16/05/2017	Altera a Resolução Normativa – RN nº 386, de 9 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras.
424	27/06/2017	Dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde.
425	20/07/2017	Regulamenta o Programa de Regularização de Débitos não Tributários - PRD junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Medida Provisória nº 780, de 19 de maio de 2017.
426	28/08/2017	Altera a Resolução Normativa – RN nº 351, de 16 de junho de 2014, que define critérios para a suspensão da exigibilidade de créditos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS pelo depósito judicial de seu montante integral diretamente comunicado à ANS pela operadora de planos de saúde depositante.
427	26/09/2017	Altera a Resolução Normativa - RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar, e revoga a RN nº 278, de 17 de novembro de 2011, que institui o programa de conformidade regulatória e dá outras providências.
428	08/11/2017	Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016.
429	13/11/2017	Altera a Resolução Normativa – RN nº 425, de 19 de julho de 2017, que regulamenta o Programa de Regularização de Débitos não Tributários - PRD junto à ANS, instituído por meio da Medida Provisória nº 780, de 19 de maio de 2017, nos termos da Lei nº 13.494, de 24 de outubro de 2017.

Nº RN	Data DOU	Assunto
430	08/12/2017	Dispõe sobre as operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo operadoras de plano de assistência à saúde ; altera a Resolução Normativa – RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; altera o Anexo da 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; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil; altera a RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências; altera o Anexo I da Instrução Normativa – IN nº 45, de 15 de dezembro de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras, que regulamenta o disposto no § 3º do art. 2º-A da RN nº 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, e o disposto no art. 5º da RN nº 227, de 19 de agosto de 2010, quanto ao Relatório de Procedimentos Previamente Acordados – PPA exigido; e revoga a RN nº 191, de 8 de maio de 2009, que institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde.
431	11/12/2017	Institui o Programa Especial de Escala Adequada - PEA e altera as Resoluções Normativas - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária; a RN nº 316, de 3 dezembro de 2012, que dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde e a RN nº 384, de 4 de setembro de 2015, que dispõe sobre oferta pública de referências operacionais e cadastro de beneficiários – OPRC, estabelecendo requisitos para habilitação e condições especiais para as operadoras com proposta autorizada.
432	28/12/2017	Dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e altera o Anexo I da Resolução Normativa – RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências.

II - INSTRUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2017

Nº RN	Data DOU	Assunto
52/DIPRO	23/01/2017	Dispõe sobre a comunicação eletrônica entre a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO e as operadoras de planos privados de assistência à saúde.
51/DIPRO	30/01/2017	Regulamenta os artigos 4º e 22 da Resolução Normativa – RN nº 171, de 29 de abril de 2008, dispondo sobre as rotinas e o procedimento de solicitação e autorização para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
65/DIDES	13/02/2017	Dispõe sobre a comunicação eletrônica entre a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES e as operadoras de planos privados de assistência à saúde.
66/DIDES	15/02/2017	Altera a Instrução Normativa - IN nº 63, de 25 de outubro de 2016, que dispõe sobre regulamentação dos parágrafos do artigo 7º da Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que trata 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.
67/DIDES	10/03/2017	Regulamenta o monitoramento periódico para verificar o cumprimento da Resolução Normativa – RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências.
03/DICOL	10/03/2017	Dispõe sobre a comunicação eletrônica entre a Coordenadoria de Recursos da Diretoria Colegiada – COREC e as operadoras de planos privados de assistência à saúde.
53/DIOPPE	14/03/2017	Altera a Instrução Normativa – IN nº 52, de 21 de setembro de 2016, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPPE, que dispõe sobre comunicação eletrônica entre a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPPE e as operadoras de plano privado de assistência à saúde.
54/DIOPPE	10/04/2017	Estabelece hipótese de autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários, conforme previsto no art. 13 da Resolução Normativa – RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências.
15/DIFIS	26/04/2017	Dispõe sobre a comunicação eletrônica entre a Diretoria de Fiscalização – DIFIS e as operadoras de planos privados de assistência à saúde.
68/DIDES	16/05/2017	Altera Instrução Normativa - IN nº 60, de 9 de outubro de 2015, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, que detalha a Resolução Normativa - RN nº 386, de 9 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências.
53/DIPRO	20/07/2017	Regulamenta a visita técnico-assistencial para identificação de anormalidades assistenciais nas operadoras de planos de assistência à saúde.

III – RESOLUÇÕES REGIMENTAIS PUBLICADAS EM 2017

Nº RR e Diretoria	Data DOU	Assunto
01/DICOL	20/03/2017	Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências.
02/DICOL	18/07/2017	Altera os Anexos I e IV da Resolução Regimental – RR nº 01, de 17 de março de 2017, que institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
03/DICOL	07/12/2017	Altera os Anexos I e III da Resolução Regimental –RR nº 1, de 17 de março de 2017, que institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

IV – SÚMULAS NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2017

Não foram publicadas Súmulas Normativas em 2017.

**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*



[ans.reguladora](#)



@ANS_reguladora



[ansreguladoraoficial](#)



[company/ans_reguladora](#)



Av. Augusto Severo, 84 - Glória , 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ