

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2018



Rio de Janeiro | 2019

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

2018

DIRETORIA COLEGIADA DA ANS EM 2018

Leandro Fonseca da Silva

Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras a partir de 22/12/2016.
Diretor Interino da Diretoria de Gestão de 12/05/2017 a 24/07/2017, de
19/03/2018 a 25/06/2018 e de 16/07/2018 a 09/10/2018.
Diretor-Presidente Substituto a partir de 12/05/2017.

Karla Santa Cruz Coelho

Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos de 02/06/2016 a 25/06/2018.
Diretora de Gestão de 26/06/2018 a 15/07/2018.

Simone Sanches Freire

Diretora de Fiscalização a partir de 08/09/2017.
Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos de 26/06/2018 a 28/08/2018.
Diretora Interina da Diretoria de Fiscalização de 26/06/2018 a 28/08/2018.
Diretora de Fiscalização a partir de 29/08/2018.

Rodrigo Rodrigues de Aguiar

Diretor de Desenvolvimento Setorial a partir de 08/09/2017.
Diretor Interino da Diretoria de Gestão de 31/12/2017 até 18/03/2018.

Rogério Scarabel Barbosa

Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos a partir de 29/08/2018.

Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho

Diretor de Gestão a partir de 10/10/2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2018



Rio de Janeiro | 2019



2019. 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 2018 [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar: Gerência Geral de Análise Técnica da Presidência. – Rio de Janeiro: ANS, 2019.
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	Evolução dos Programas de PROMOPREV	21
Gráfico 2	Monitoramento Assistencial 2018	24
Gráfico 3	Tempo médio de Análise de Anormalidade Administrativas Graves de Natureza Assistencial	28
Gráfico 4	Valor Anual Repassado ao FNS (em R\$ milhões) – 2014 a 2018	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Medidas administrativas adotadas em 2018	29
Tabela 2	Direções Fiscais, 2010 a 2018	34
Tabela 3	Liquidações Extrajudiciais, 2010 a 2018	34
Tabela 4	Publicações editadas pela ANS em 201	45
Tabela 5	Participação da ANS em Audiências Públicas no Poder Legislativo Federal em 2018	53
Tabela 6	Participação da ANS em Audiências Públicas no Senado Federal em 2018	55
Tabela 7	Espaço Aberto – 2006 a 2018	67
Tabela 8	Eventos institucionais em 2018	68

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Processo de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018	16
Ilustração 2	Certificação em Boas Práticas de Atenção à Saúde	22
Ilustração 3	Níveis de Certificação de Boas Práticas em Atenção à saúde	23
Ilustração 4	Principais mudanças nas regras de portabilidade	27
Ilustração 5	Reajuste de planos individuais e familiares: nova metodologia de cálculo	30
Ilustração 6	Características do plano de saúde contratado por empresário individual	32
Ilustração 7	Melhorias no Ressarcimento ao SUS 2018	39
Ilustração 8	Guia de Planos 2018	42
Ilustração 9	Capa do Plano de Dados Abertos – PDA ANS 2017-2019	43
Ilustração 10	Tela da Biblioteca ANS	44
Ilustração 11	Destaque para o ícone de acesso à Biblioteca ANS	45
Ilustração 12	Parceiros da Cidadania em 2018	58
Ilustração 13	Canais de Comunicação com a sociedade e as partes interessadas	60
Ilustração 14	Mapa Estratégico 2019-2021	62

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
I – BREVE BALANÇO DE 2018	12
II – PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS EM 2018	15
1. ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL	15
1.1 Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	15
1.2 Projeto Parto Adequado	17
1.3. Projeto Idoso Bem-Cuidado	18
1.4 Projeto OncoRede	19
1.5 Prevenção da Obesidade	19
1.6 Laboratórios de Inovação	20
1.7 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – PROMOPREV	21
1.8 Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde	21
1.9 Monitoramento da Garantia de Atendimento	23
1.10 Aprimoramento do processo de alteração de redes assistenciais	24
1.11 Aperfeiçoamento da avaliação da qualidade de operadoras e prestadores	25
1.12 Coparticipação e franquia	26
1.13 Ampliação das regras de portabilidade de carências	26
1.14 Planos de Recuperação Assistencial e regimes de Direção Técnica	28
1.15 Normatização da Visita Técnica às operadoras	30
1.16 Nova metodologia de cálculo para o reajuste de planos individuais	30
1.17 Publicação da Resolução Normativa sobre contratação de plano por empresário individual	31

SUMÁRIO

2. SUSTENTABILIDADE DO SETOR	32
2.1 Atualização das obrigações contábeis das operadoras	33
2.2 Monitoramento dos Regimes Especiais	33
2.3 Programa de Acreditação de Operadoras	35
2.4 IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (Ano-base 2017)	35
2.5 Fator de Qualidade (FQ)	36
2.6 Debates sobre relação entre prestadores e operadoras	36
2.7 Elaboração de Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários	37
3. INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	38
3.1 Ressarcimento ao SUS	38
4. ACESSO À INFORMAÇÃO	40
4.1 Portal da ANS na internet.	40
4.2 Novo Guia de Planos da ANS	41
4.3 Ações estratégicas aprimoraram o SIB	42
4.4 Dados Abertos da ANS	43
4.5 Biblioteca da ANS	44
4.6 Publicações	45
5. PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ARTICULAÇÃO SETORIAL	51
5.1 Câmara de Saúde Suplementar	51
5.2 Câmaras e Grupos Técnicos	52
5.3 Consultas e Audiências Públicas	52
5.4 Participação em Audiências Públicas no Poder Legislativo Federal	53
5.5 Grupos de Trabalho em articulação com os Poderes Executivo e Judiciário	56
6. FISCALIZAÇÃO	57
6.1 Avanços na Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)	57
6.2 Parceiros da Cidadania: novos acordos de cooperação	57
6.3 Proposta para implementação de novo modelo fiscalizatório	59
6.4 Aprimoramentos no Sistema Integrado de Fiscalização - SIF	59

6.5 Canais de Comunicação com a sociedade e partes interessadas	59
6.6 Menção honrosa no “Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulatórias	60
III - DESTAQUES DA GESTÃO INSTITUCIONAL	61
Realização de Concurso de Monografias	61
Revisão do Mapa Estratégico 2019-2021	62
Adoção da #PraCegoVer	63
Avanços na Gestão de Riscos	63
Implementação do Programa de Integridade	63
Otimização e controle dos recursos públicos aplicados	64
Projeto de descentralização das atividades dos Núcleos da ANS	64
Gestão da Tecnologia da Informação e Comunicação	65
Revisão e fortalecimento do Programa de Qualificação Institucional, da Gestão de Processos, da Gestão da Inovação, da Gestão de Projetos, e implementação do Acordo de Resultados;	65
Avanços no Sistema Eletrônico de Informações - SEI	66
Um Espaço Aberto para a interação e o conhecimento	67
Eventos institucionais	68
Campanhas de Utilidade Pública	73
ANEXOS	75
I - Resoluções Normativas publicadas em 2018	75
II - Instruções Normativas publicadas em 2018	76
III – Resoluções Regimentais publicadas em 2018	77
IV - Súmulas Normativas publicadas em 2018	77

APRESENTAÇÃO

O Relatório Anual de Atividades tem o objetivo de prestar contas à sociedade das principais atividades realizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 2018.

Seu conteúdo é organizado em três partes e um anexo. A primeira parte apresenta um breve balanço do ano de 2018, com os números do setor e os principais avanços realizados no período. Na sequência, são destacadas as principais ações realizadas em 2018, organizadas em campos de atuação - Acesso e Qualidade Assistencial, Sustentabilidade do Setor, Integração com o SUS, Acesso à Informação, Participação Social e Articulação Setorial e Fiscalização.

Na terceira parte, são apresentados alguns destaques da gestão institucional da Agência, lembrando que os aspectos relacionados à estrutura, logística, recursos humanos e orçamento já são tradicionalmente temas do Relatório de Gestão, concluído ao final de cada ano, apresentado ao Tribunal de Contas da União (TCU) e, após aprovação, publicado no portal da ANS na internet. Por fim, no anexo, estão listadas as Resoluções e as Instruções Normativas publicadas pela Agência em 2018.

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 2018.

I - BREVE BALANÇO DE 2018

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

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

O marco regulatório do setor é conferido pela Lei nº 9.961, de 2000, que cria a ANS e pela Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde. A Agência regula um setor formado por um total de 1.226 operadoras em atividade e aproximadamente 71,6 milhões de beneficiários¹. Do total de operadoras em atividade, 762 são operadoras médico-hospitalares e 464 exclusivamente odontológicas, com respectivamente 47,4 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 24,2 milhões em planos exclusivamente odontológicos. Do total de beneficiários com planos de assistência médica, pouco mais de 9 milhões têm planos com tipo de contratação individual e familiar, 31,7 milhões coletivos empresariais e 6,4 milhões contratam plano coletivo por adesão. Entre os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, 4,3 milhões têm planos com tipo de contratação individual e familiar, 17,7 milhões coletivos empresariais e 2,2 milhões coletivos por adesão. Praticamente um em cada quatro habitantes possui plano de assistência médica no país².

Além do número expressivo de consumidores, o setor tem relevância econômica para o país: a receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares atingiu R\$ 192,07 bilhões em 2018 e a despesa assistencial correspondeu a R\$ 159,78 bilhões, com 83,2% de sinistralidade. As operadoras exclusivamente odontológicas apresentaram receita de R\$ 3,5 bilhões, despesa assistencial de R\$ 1,68 bilhão e sinistralidade de 47,4%³.

No total, 18.892 planos de assistência médica e 4.123 planos odontológicos estavam em comercialização em dezembro de 2018. Cerca de 518,3 mil estabelecimentos ambulatoriais; 14,6 mil para internação; 97,4,3 mil serviços de apoio à diagnose e terapia; e 19,3 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 2018, 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. Destaque deve ser dado ao fato de pela primeira vez ter sido incorporado ao Rol um medicamento para tratamento da esclerose múltipla.

¹ O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

² Dados Referente a março/2019

³ Informações acumuladas até o quarto trimestre/2018.

Em 2018, a Agência recebeu 641.763 mil ligações pelo Disque ANS (457.267 transferidas para atendimento humano e 178.380 para atendimento eletrônico do Disque ANS e 6.116 foram descontinuadas), e registrou 318.180 mil demandas por telefone, 24.534 mil demandas pelo Fale Conosco no portal da ANS, 6.319 mil atendimentos presenciais nos Núcleos da ANS no país e mais 1.442 atendimentos por outros meios de comunicação. Assim, recebeu um total de 350.475 mil demandas, das quais 252.278 mil pedidos de informações e 98.197 mil de reclamações de beneficiários.

Por meio da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, a Agência atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, resolvendo, em 2018, 91,8% das demandas de forma célere, sem necessidade de abertura de um processo sancionador.

O conjunto de medidas dispostas na resolução promoveu profundas alterações nos procedimentos adotados pela ANS para a estruturação da fiscalização das operadoras de planos de saúde, tendo como foco a racionalização do processo administrativo sancionador da Agência.

Cabe destacar a menção honrosa recebida pela ANS no “Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulação” em face da publicação da Resolução Normativa nº 388/2015, em razão do seu protagonismo para a melhoria da fiscalização do setor de saúde suplementar.

Em 2018 a ANS aprimorou ainda mais a articulação com órgãos/entidades que compõem o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, um importante canal junto à sociedade. Essa ação é realizada por meio do Programa Parceiros da Cidadania, que visa a aproximação e, principalmente, a troca de informações a respeito da saúde suplementar. No âmbito desse Programa, no final de 2018, a ANS possuía 37 acordos de cooperação técnica vigentes com os mais variados Tribunais de Justiça, Ministérios Públicos, Defensorias Públicas, Procons, dentre outros, aumentando 15 acordos em relação ao ano de 2017.

A ANS repassou valor recorde ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 2018: R\$ 783,38 milhões. O valor é o maior já repassado anualmente pela ANS desde a sua criação, em 2000, e representa um aumento de mais de 33,82% em comparação ao montante arrecadado em 2017. Desde 2000, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 3,74 bilhões, referentes a cerca de 2,5 milhões de atendimentos identificados a beneficiários no sistema público de saúde. Desse total, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) foi resarcido pela ANS em R\$ 2,43 bilhões, o equivalente a 65% do que foi efetivamente cobrado das operadoras.

Em continuidade ao Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, nos meses de março, junho, setembro e dezembro de 2018, a ANS suspendeu a comercialização de 118 planos de saúde de 43 operadoras, tendo como base reclamações relativas à cobertura assistencial, como negativas e demora no atendimento, protegendo diretamente mais de 500 mil consumidores.

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 2018, a ampliação da 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 (PROMOPREV, 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.

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 1822 programas realizados por operadoras, abrangendo mais de 2,25 milhões de beneficiários.

Em 2018, foi dada continuidade à Fase 2 do Parto Adequado, que teve início em maio de 2017 e será desenvolvida até maio de 2019. Participam dessa fase do projeto 137 hospitais privados, 25 hospitais públicos, 65 operadoras de planos de saúde e 73 hospitais parceiros. Os principais objetivos são aumentar o percentual de partos vaginais na população alvo, chegando a 40% para hospitais que aderiram ao Projeto na Fase 2 e 60% para os pioneiros, e aprimorar as condutas dos hospitais e profissionais participantes.

O Projeto Idoso Bem Cuidado, que busca a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos idosos, teve como principal resultado em 2018 a publicação de um relatório com a análise quantitativa dos dados dos indicadores e a análise qualitativa dos relatórios finais dos participantes do programa. Este relatório está disponível para a consulta em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-do-idoso-bem-cuidado/projeto-idoso-bem-cuidado>.

O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), cujo objetivo é tornar as informações sobre qualificação mais próximas dos beneficiários de planos de saúde, teve grande avanço em 2018. Tendo 2018 como ano-base, 37.038 profissionais de saúde participaram do QUALISS, sendo 28.739 médicos, 4.047 dentistas, 1.822 fonoaudiólogos, 900 fisioterapeutas, 712 psicólogos, 453 farmacêuticos, 94 biomédicos, 93 terapeutas ocupacionais, 46 enfermeiros e 132 nutricionistas. Quanto aos estabelecimentos acreditados, são 1.498 no total (1125 laboratórios, 162 clínicas ou centros de especialidade, 163 hospitais gerais, 31 hospitais especializados, 8 hospitais-dia e 9 serviços de atenção domiciliar (home-care).

Em 2018, o Laboratório de Inovações sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar, criado em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), recebeu quarenta e uma inscrições de projetos. Destes, foram selecionadas as doze práticas consideradas inovadoras na organização de serviços a partir da atenção primária, com indicadores e resultados comprovados. Como fruto desse trabalho, foi elaborada uma publicação com a coletânea dos projetos selecionados, encerrando a parceria ANS/OPAS iniciada em 2017.

Quanto às normas econômico-financeiras, em 2018 a ANS publicou a Resolução Normativa nº 435, que atualizou o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de saúde. O documento que promove alterações nas normas contábeis do setor é o principal instrumento de controle econômico-financeiro e patrimonial das empresas. Ele facilita o fornecimento de informações gerenciais, permite a uniformização das demonstrações contábeis, propicia informações para acompanhamento e análise do desempenho da empresa, além de fazer o comparativo entre as empresas semelhantes.

No âmbito interno, a Agência avançou na implementação da Gestão de Riscos da instituição, com a realização de duas novas turmas de capacitação sobre o tema e a publicação e divulgação do Manual de Gestão de Riscos da ANS, disponibilizado no portal da ANS. Ainda em 2018, foi dado início à avaliação de riscos em 10 novos processos de trabalho, somados aos outros 41 processos de avaliação iniciados em anos anteriores. Outro destaque foi a implementação do Programa de Integridade, cujo plano foi aprovado pelo Comitê de Governança Riscos e Controles (CGRC) e publicado em 30 de novembro.

As principais atividades do ano de 2018 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/transpar%C3%Aancia-institucional/prestacao-de-contas> são publicados relatórios anuais de atividades e de gestão, e também relatórios por diretoria.

II – PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS EM 2018

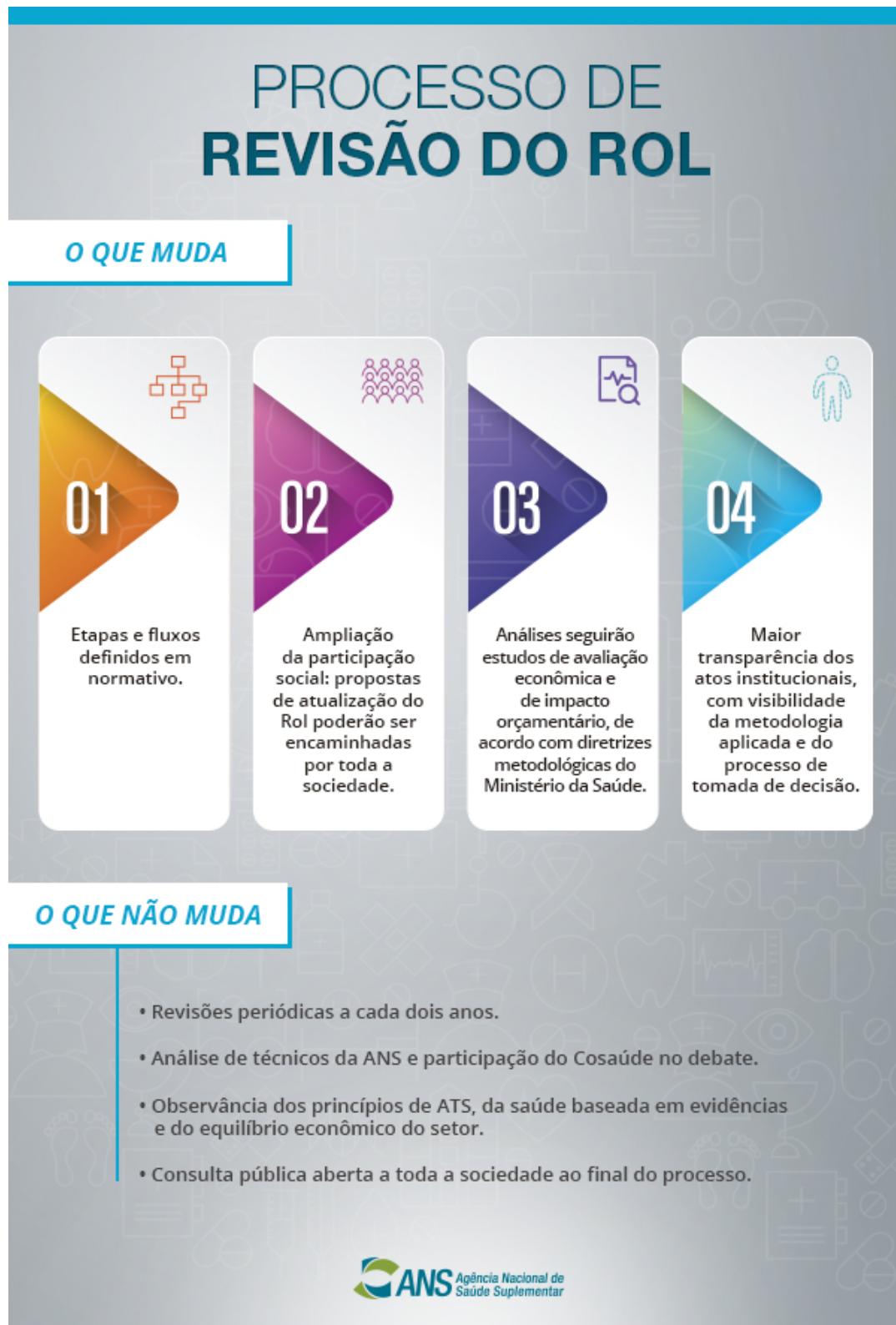
1. ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL

Além dos avanços nos Projetos Parto Adequado e Oncorede, as principais ações relacionadas ao acesso do beneficiário e à qualidade assistencial em 2018 foram: a publicação da Resolução Normativa nº 439, de 03 de dezembro, que define o processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; as políticas de estímulo e monitoramento dos Programas de Promoção e Prevenção (PROMOPREV), que promoveram aumento considerável de operadoras inscritas no Programa, resultando em maior número de beneficiários favorecidos com a medida; e a aprovação de medida regulatória que estabeleceu nova metodologia de cálculo para definir o índice máximo de reajuste dos planos de saúde individuais e familiares regulamentados, passando a vigorar para o reajuste dos contratos com data de aniversário a partir de maio de 2019.

1.1 REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE.

O processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que define a cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde, foi aprimorado. Desde dezembro de 2018, a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, feita periodicamente pela ANS, segue etapas e fluxos previamente definidos, dando mais visibilidade à metodologia aplicada e ao processo de tomada de decisão. A Resolução Normativa nº 439, que estabelece esse processo, foi publicada em dezembro de 2018 no Diário Oficial.

ILUSTRAÇÃO 1 – PROCESSO DE REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2018



Uma das principais novidades trazidas pela medida é a ampliação da participação social no pleito por alterações no Rol, sejam estas incorporações ou desincorporações de tecnologia em saúde; inclusão, exclusão ou alteração de Diretriz de Utilização – DUT; e alteração de termo descritivo de procedimento

ou evento em saúde já listado no Rol. Isso será feito através de um formulário específico, o FormRol, que será disponibilizado no portal da ANS, para toda a sociedade, sempre no início dos ciclos de atualização do Rol.

Até então, as demandas de alteração do Rol eram encaminhadas apenas pelos membros do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE, constituído por entidades representantes dos atores que compõem o setor. Agora, toda a sociedade poderá participar em dois momentos: na fase inicial, mediante submissão de proposta de atualização do Rol, e, posteriormente, na habitual Consulta Pública que precede a publicação da nova lista de coberturas obrigatórias. Os critérios de elegibilidade e parâmetros técnicos para o recebimento e análise das referidas demandas também estão estabelecidos em normativo.

A análise das propostas de incorporações ou desincorporações de tecnologia em saúde será respaldada por estudos realizados por técnicos da ANS ou por entidades públicas ou privadas, valendo-se de acordos de cooperação técnica ou por meio de outros instrumentos congêneres. Com isso, a Reguladora busca aprimorar as análises técnicas que subsidiam a decisão pela incorporação de novas tecnologias. A vinculação ao pronunciamento da Diretoria Colegiada sobre todo o processo de atualização do Rol também se destaca no normativo. Cada etapa será submetida ao crivo da instância final de deliberação desta Agência.

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 2018, foi dada continuidade à Fase 2 do Parto Adequado, que teve início em maio de 2017 e será desenvolvida até maio de 2019. Participam dessa fase do projeto 137 hospitais privados, 25 hospitais públicos, 65 operadoras de planos de saúde e 73 hospitais parceiros. Os principais objetivos são aumentar o percentual de partos vaginais na população alvo, chegando a 40% para hospitais que aderiram ao Projeto na Fase 2 e 60% para os pioneiros, e aprimorar as condutas dos hospitais e profissionais participantes.

Em novembro foi realizada em São Paulo mais uma Sessão de Aprendizado Presencial (SAP) do Projeto Parto Adequado. O evento contou com cerca de 450 profissionais de saúde e de operadoras de planos de assistência médica. O objetivo da SAP é promover a troca de experiências e estimular o aperfeiçoamento do plano de trabalho das operadoras e dos hospitais participantes do Parto Adequado. Na ocasião, a ANS lançou a campanha “A hora do bebê: Pelo direito de nascer no tempo certo”, um alerta contra a tendência de antecipação de cesarianas nos finais de ano, em razão das festas de Natal e Ano Novo.

Mais informações sobre o Parto Adequado, incluindo a lista completa de 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 brasileiros com 60 anos ou mais representam aproximadamente 14% do total da população. Nas próximas décadas, a estimativa é que a população idosa do Brasil mais do que duplique, passando de 30 milhões em 2016 para cerca de 65 milhões em 2050. Assim, o contingente de idosos, que em 2016 representava 14% da população, deverá chegar a 29% em 2050.

A proposta do Projeto foi 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 envolveu instituições parceiras e comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do envelhecimento ativo.

Inscreveram-se no projeto 18 prestadores de serviços e 50 operadoras, que foram monitorados por 12 meses, de outubro de 2016 a outubro de 2017.

Ao analisar os resultados ao final do período, constatou-se que nem todos os participantes haviam informado seus indicadores durante todo o tempo de duração do piloto. Verificou-se que 6 prestadores e 35 operadoras informaram ao menos 6 meses de resultados à ANS durante o tempo determinado de acompanhamento do projeto-piloto.

A maioria dos projetos das operadoras abrangeu a população com 60 anos ou mais – definição de idoso pela Lei nº 10.741, de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso. O tamanho da população abrangida pelo projeto-piloto não foi homogêneo, variando de 70 a 23.700. Dentre as 35 operadoras de planos de saúde válidas para a análise de dados, 21 empresas (60%) enviaram o relatório final.

Ao final do projeto-piloto, foi solicitado que todos os participantes enviassem um relatório final com as atividades desenvolvidas, de modo a viabilizar uma análise qualitativa.

O relatório com a análise quantitativa dos dados dos indicadores e a análise qualitativa dos relatórios finais dos participantes está disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-do-idoso-bem-cuidado/projeto-idoso-bem-cuidado>

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 tem promovido a interlocução ativa entre atores do setor, com realização de eventos presenciais e virtuais junto às operadoras, prestadores e instituições parceiras. Os resultados foram reunidos em uma publicação com orientações para o sistema de saúde suplementar, lançada em 2018.

A iniciativa, desenvolvida em parceria com institutos de pesquisa, instituições de referência no tratamento do câncer e associações de pacientes, visa implantar um novo modelo de cuidado para beneficiários de planos de saúde, propondo um conjunto de ações integradas para reorganizar, estimular a integração e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica na rede de saúde suplementar.

O modelo proposto pela ANS e parceiros contempla ações de promoção e prevenção à doença, destacando-se medidas como: busca ativa para diagnóstico precoce, continuidade entre o diagnóstico e o tratamento, informação compartilhada, tratamento adequado em tempo oportuno, com articulação da rede e a inserção da figura do navegador para garantir que o paciente com suspeita ou diagnóstico de câncer consiga seguir o percurso ideal para o cuidado, pós-tratamento e outros níveis de atenção (cuidados paliativos) e a proposição de novos modelos de remuneração que garantam a sustentabilidade econômico-financeira do setor.

O Projeto OncoRede envolve 21 operadoras de planos de saúde e 21 prestadores de serviços, além da participação de 14 instituições parceiras. A ANS irá monitorar a efetividade do programa através de indicadores de qualidade que avaliam itens como a disponibilização de apoio multiprofissional na unidade de atendimento, o percentual de mulheres entre 50-69 anos que realizaram mamografia e o tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento, entre outros.

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-emaude/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 Vigitel Brasil 2016 da Saúde Suplementar (http://www.ans.gov.br/images/Vigitel_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% deles 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 sobre peso 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 por técnicos da ANS.

Ao longo de 2018, a Agência continuou estimulando as operadoras a investirem nos cuidados de seus beneficiários no que tange o sobre peso e a obesidade e continua monitorando o número de cirurgias bariátricas realizadas no setor, tendo sido observado que esses números sofreram uma certa estabilidade se comparados à 2017.

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 LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO

A ANS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no Brasil divulgaram em 2018 a publicação com os projetos selecionados no Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira. A coletânea encerra a parceria iniciada em agosto de 2017 entre as duas entidades com o objetivo de identificar e reconhecer o esforço, individual ou conjunto, de operadoras de planos de saúde brasileiras na implementação da Atenção Primária em Saúde (APS), bem como acompanhar o seu impacto nos resultados em saúde e na sustentabilidade do setor.

De acordo com critérios definidos pela Comissão de Avaliação no edital do Laboratório de Inovação, a publicação apresenta as 12 práticas consideradas inovadoras na organização de serviços a partir da atenção primária, com indicadores e resultados comprovados. As experiências reúnem diferentes práticas, evidenciando variada capacidade de incorporação e gestão da APS como estratégia para reorganização da assistência prestada pelas operadoras aos seus beneficiários.

Considerando as peculiaridades do setor, a publicação destaca aspectos importantes e recomendações com a finalidade de subsidiar as operadoras na mudança de modelo assistencial. O envelhecimento da população e o aumento dos fatores de risco para doenças crônicas, incluindo a inatividade física, a alimentação inadequada, o tabagismo e o uso abusivo de álcool, exigem a adoção de estratégias para beneficiários que não apresentam condições crônicas, mas precisam melhor gerenciar o seu estilo de vida.

Ao todo, 41 projetos foram inscritos no Laboratório. As 12 experiências inovadoras selecionadas para esta publicação final estão sistematizadas e publicadas na Série Técnica NavegadorSUS em http://www.ans.gov.br/images/Publicação_Laboratório_de_Inovações_emAPS.pdf

1.7 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 1822 programas realizados por operadoras, abrangendo mais de 2,25 milhões de beneficiários. Informações detalhadas sobre o programa estão disponíveis no portal da ANS, em <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/promoprev>.

O gráfico abaixo demonstra o aumento considerável de operadoras que inscreveram e cadastraram Programas de Promoção e Prevenção (PROMOPREV) no ano de 2018, resultando em aumento do número de beneficiários que participam dos Programas de Promoção e Prevenção.

GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS DE PROMOPREV



Fonte:https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf

1.8 PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO À SAÚDE

A ANS lançou em 2018 o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde. Instituída pela Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018, a iniciativa visa incentivar as operadoras de planos de saúde a desenvolverem um cuidado cada vez mais qualificado aos seus beneficiários, através da implantação de redes de atenção ou linhas de cuidado em atenção primária certificadas por entidades acreditadoras reconhecidas pela ANS.

A primeira iniciativa do programa é o Projeto de Atenção Primária à Saúde (APS), que prevê a concessão de uma certificação às operadoras que cumprirem requisitos pré-estabelecidos nessa estratégia. O objetivo é estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorganização da atenção básica, por onde os pacientes devem ingressar preferencialmente no sistema de saúde. Também estão em elaboração projetos para certificação em duas outras linhas de cuidado: atenção oncológica e atenção ao parto. A certificação em APS propõe um modelo para reorganização da porta de entrada com base em cuidados

primários em saúde, de forma a induzir à mudança do modelo de atenção e do modelo de remuneração para geração de valor. O programa é baseado nos principais pilares de estruturação dos cuidados primários em saúde previstos na literatura científica nacional e internacional: acolhimento, acompanhamento do paciente, coordenação e integralidade do cuidado, reconhecimento da heterogeneidade das demandas, centralidade na família e orientação comunitária.

As operadoras que participam do Programa recebem pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

ILUSTRAÇÃO 2 – CERTIFICAÇÃO EM BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde

**O programa
incentiva a
melhoria:**

-  do acesso à rede prestadora
-  da qualidade da atenção à saúde
-  da experiência do beneficiário

Na prática, o beneficiário de plano de saúde ganhará com:

- A ampliação do acesso a médicos generalistas na rede de cuidados primários da saúde suplementar
- A ampliação do número de médicos generalistas por beneficiário
- A vinculação de pacientes com condições crônicas complexas a coordenadores do cuidado
- A redução de idas desnecessárias a unidades de urgência e emergência
- A redução de internações por condições sensíveis à atenção primária
- A ampliação da proporção de pessoas que faz uso regular de um mesmo serviço de saúde



ILUSTRAÇÃO 3 –NÍVEIS DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO À SAÚDE



O Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde pode ser consultado em http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/RN/RN_440/Anexo_IVAPS_13_12_2018_sem_marca%C3%A7%C3%B5es.pdf

1.9 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 elas 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.

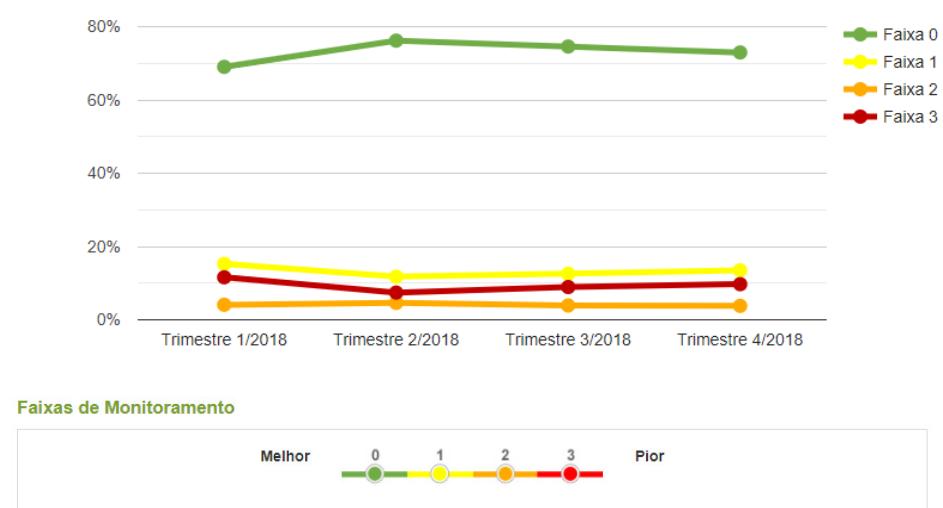
Se houver melhora no serviço e redução do número de reclamações, as empresas poderão ter a comercialização dos planos liberada no trimestre seguinte. Além da suspensão, as operadoras que negarem indevidamente cobertura podem receber multa que varia de R\$ 80 mil a R\$ 250 mil.

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 comprovação adequação da assistência.

Em 2018, a ANS realizou a suspensão de comercialização de 118 planos de saúde de 43 operadoras. Com essa medida, protegeu diretamente mais de 500 mil beneficiários.

GRÁFICO 2 – MONITORAMENTO ASSISTENCIAL 2018

Proporção de operadoras por faixa de classificação, em cada ciclo de monitoramento:



Fonte: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/monitoramento-de-garantia-de-atendimento>

No portal na internet 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.

1.10 APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE ALTERAÇÃO DE REDES ASSISTENCIAIS

O artigo 17 da Lei 9.656/98 previu a possibilidade de alteração na rede assistencial da operadora através de dois mecanismos: o redimensionamento por redução e a substituição de entidade hospitalar. A complexidade nesse processo de trabalho fez com que, durante os últimos anos, os pedidos fossem se acumulando num grande passivo de análise.

Diante da relevância do tema e do passivo de processos referentes às solicitações de alteração de rede hospitalar existente, foi desenvolvido um projeto (Plano para Tratamento do Passivo) que visou a reformulação do processo de trabalho referente à alteração de rede assistencial hospitalar, contemplando mudanças que foram desde a recepção dos pedidos, passando pela análise e posterior atualização da base de dados do Sistema RPS, nos casos de deferimento.

Com a adoção do referido Projeto, numa grande força tarefa que permitiu dar celeridade às análises, pondo fim ao passivo de processos que estavam aguardando análise. Ao todo, de 2016 até 2018, foram analisados quase cinco mil processos de alteração de rede hospitalar, que englobam mais de 105 mil prestadores.

Em paralelo, foi desenvolvido o Sistema de Alteração de Rede Hospitalar, para a informatização das solicitações, que culminou com a publicação da Instrução Normativa nº 54/2018/DIPRO, que alterou

a Instrução Normativa nº 46/2014/DIPRO, estabelecendo que a recepção dos pedidos de alteração de rede hospitalar seria somente por via sistema eletrônico, a partir de 1º de março/18.

O sistema eletrônico foi desenvolvido para melhorar e agilizar o procedimento de alteração das redes assistenciais hospitalares pelas operadoras de planos de saúde, tendo como objetivo impulsionar as operadoras a organizarem suas redes de prestadores de saúde de forma eficiente, a fim de garantir a cobertura contratada pelo beneficiário e atender aos preceitos da Lei nº 9.656, de 1998.

1.11 APERFEIÇOAMENTO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE OPERADORAS E PRESTADORES

O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS visa 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, 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. 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 2018, tendo 2017 como ano-base, 37.038 profissionais de saúde participaram do QUALISS, sendo 28.739 médicos, 4.047 dentistas, 1.822 fonoaudiólogos, 900 fisioterapeutas, 712 psicólogos, 453 farmacêuticos, 94 biomédicos, 93 terapeutas ocupacionais, 46 enfermeiros e 132 nutricionistas. Quanto aos estabelecimentos acreditados, são 1.557 no total (1.187 laboratórios, 163 clínicas ou centros de especialidade, 157 hospitais gerais, 31 hospitais especializados e seis hospitais-dia).

Ademais, são divulgados ainda os dados de 2.142 prestadores que possuem Núcleo de Segurança do Paciente cadastrados na ANVISA e 548 prestadores de serviços de saúde que realizaram notificações no sistema NOTIVISA, da ANVISA, no último trimestre.

As informações referentes à qualificação de prestadores de serviços de saúde são atualizadas periodicamente no Portal da ANS (<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-2>).

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

1.12 COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou em 4 de setembro de 2018, no Rio de Janeiro, uma audiência pública para discutir os mecanismos financeiros de regulação coparticipação e franquia. Estiveram presentes no evento cerca de 200 pessoas, entre representantes de órgãos de defesa do consumidor, das operadoras de planos de saúde, de prestadores de serviço, entidades do setor e órgãos públicos.

A coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde, já a franquia é o valor estabelecido no contrato do plano de saúde até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura.

A Agência esclareceu que franquia e coparticipação são mecanismos financeiros de regulação já existentes e amplamente usados pelo mercado de planos de saúde. Atualmente, cerca de 50% dos beneficiários possuem contrato com um desses mecanismos.

Ao todo, 28 instituições e entidades se inscreveram para a audiência pública. Desses, 24 apresentaram - oralmente e por escrito - contribuições para as discussões, entre os quais, seis órgãos que atuam em defesa do consumidor. Também fizeram explanações representantes do mercado regulado, órgãos públicos, entidades acadêmicas e instituições ligadas ao setor. Entre elas, destacam-se: Fundação Procon SP, Ministério Público Federal (MPF) e Ministério Público do RJ, FEA/USP, FenaSaúde, Abramge, Instituto Brasileiro de Atuária (IBA), IDEC, Instituto de Defesa Coletiva e Associação Médica Brasileira (AMB). As propostas apresentadas envolveram pontos como a preocupação com o comprometimento da renda dos consumidores, custos diante do envelhecimento da população e clareza na prestação de informações pelas operadoras. As apresentações realizadas pelas entidades no evento estão disponíveis em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencias-publicas-realizadas/audiencia-publica-11>.

1.13 AMPLIAÇÃO DAS REGRAS DE PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

A portabilidade de carências é o direito que o beneficiário de plano de saúde tem de mudar de plano e/ou operadora sem cumprir períodos de carências ou cobertura parcial temporária. Foi estabelecida pela Resolução Normativa nº 186, de 2009, e 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 2018 foi publicada a Resolução Normativa nº 438, que estabeleceu que os beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais também poderão utilizar a portabilidade de carências caso queiram mudar de plano ou de operadora. A norma entra em vigor a partir de junho de 2019 e define as novas regras para a realização da portabilidade de carências, ampliando o benefício para os clientes de planos empresariais. Além disso, a normativa retira a exigência da chamada “janela” (prazo para exercer a troca) e deixa de exigir compatibilidade de cobertura entre planos para a portabilidade, devendo o consumidor cumprir carência apenas para as coberturas não contratadas no plano de origem.

ILUSTRAÇÃO 4 – PRINCIPAIS MUDANÇAS NAS REGRAS DE PORTABILIDADE

PORTABILIDADE PRINCIPAIS MUDANÇAS	
REGRAS ATUAIS	NOVAS REGRAS (válidas a partir de junho/2019)
<ul style="list-style-type: none">• Podiam fazer portabilidade apenas beneficiários de planos individuais/familiares e coletivos por adesão• A troca só podia ocorrer nos 4 meses contados a partir do aniversário do contrato (“janela” da portabilidade)• Exigência de compatibilidade por tipo de cobertura• Era necessário imprimir o relatório de compatibilidade para solicitar a portabilidade à operadora	<ul style="list-style-type: none">• Passa a incluir também os beneficiários de planos coletivos empresariais• Fim da janela para a realização da portabilidade• Permissão de mudança para plano com tipo de cobertura maior que o de origem, sem cumprir carência para as coberturas já previstas no plano anterior• O protocolo é enviado de forma eletrônica, através do novo Guia ANS de Planos de Saúde. Impressão é opcional

Entende-se que a concessão do benefício para quem tem planos coletivos empresariais era uma demanda importante na agenda regulatória, uma vez que os planos empresariais representam quase 70% do mercado e dispõem da mesma cobertura assistencial dos demais planos.

A medida da ANS também é relevante para os beneficiários demitidos ou de contratos com menos de 30 vidas, que precisariam cumprir novos períodos de carência ao mudar de plano de saúde. Hoje, quando um empregado deixa a empresa ou se aposenta, há normas que legislam sobre sua permanência no plano mediante a contribuição. O que a portabilidade faz é ampliar o direito desse beneficiário, que pode escolher outro produto tendo respaldada sua cobertura sem prazos extras de carência.

Mais detalhes podem ser consultados em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4746-ans-amplia-regras-para-portabilidade-de-carencias?highlight=WyJub3RcdTAwZWRjaWFzliwibm90XHUwMGVkY2lhI0=>

1.14 PLANOS DE RECUPERAÇÃO ASSISTENCIAL E REGIMES DE DIREÇÃO TÉCNICA

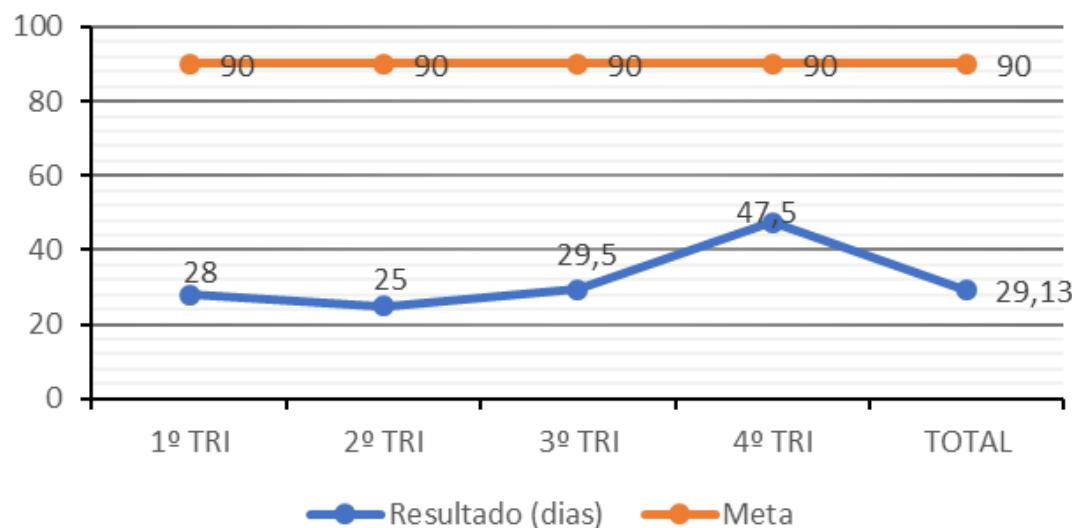
Uma das competências da ANS é estabelecer medidas cabíveis junto às operadoras que apresentam anormalidades administrativas graves de natureza assistencial, que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários.

As operadoras nesta condição são convidadas a elaborar um Plano de Recuperação Assistencial (PRASS), com prazos, métricas e objetivos previamente definidos, que sejam passíveis de acompanhamento pela ANS, executados e gerenciados pelo próprio regulado, no prazo máximo de 12 meses. Caso já tenham providenciados os ajustes, podem apresentar resposta comprobatória em substituição ao PRASS. Ambas medidas, Plano de Recuperação Assistencial e resposta comprobatória, são simples, de baixo custo para a União e de relevante interesse público.

Ademais, vale pontuar, que a celeridade na análise das anormalidades e na rápida notificação à Operadora é fundamental para que as correções sejam providenciadas em tempo hábil à reversão do quadro grave, garantindo a continuidade e a qualidade da assistência prestada aos beneficiários contratantes.

Ao longo de 2018, a ANS realizou 24 novas análises, com prazo médio de 29,1 dias entre a abertura do processo e a conclusão da Nota Técnica.

GRÁFICO 3 – TEMPO MÉDIO DE ANÁLISE DE ANORMALIDADE ADMINISTRATIVAS GRAVES DE NATUREZA ASSISTENCIAL



Fonte: http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Indicadores_de_qualidade/2018/relatorio-anual-qualificacao-institucional-2018.pdf

Para as operadoras que não conseguem reverter o quadro de anormalidades administrativas graves há a indicação de instauração de Regime Especial de Direção Técnica, na qual um agente é designado pela ANS para atuação como Diretor Técnico na Operadora, com os honorários pagos pela última. A Direção Técnica poderá ser instaurada, de pronto, quando a situação requerer um acompanhamento mais próximo da ANS, de forma urgente.

Em números gerais, ao longo de 2018, os macroprocessos de trabalho da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS alcançaram os seguintes resultados para a sociedade:

TABELA 1 – MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOTADAS EM 2018

Medida	Quantidade de Operadoras	Total de Beneficiários Tutelados	Média de Beneficiários Tutelados por Operadoras
Resposta Comprabatória	15	448.613	29.907
PRASS	30	1.432.981	47.766
Direção Técnica	7	931.208	133.029
TOTAL	52	2.812.802	54.092

Fonte: Banco de Dados Interno da Gerência de Direção Técnica/DIPRO – Janeiro/2019

No ano de 2018, a ANS prosseguiu com o aprimoramento do Regime Especial de Direção Técnica. Para alcance deste objetivo, atuou na definição de critérios para indicação de Diretor Técnico. De forma resumida, os critérios aplicados em ordem decrescente de prioridade são: proximidade do agente em relação à sede da operadora; maior nota de avaliação em Regime Especial anterior; maior quantidade de regimes especiais conduzidos e maior nota na entrevista.

Os Diretores Técnicos são agentes fundamentais ao Processo de Direção Técnica. Eles precisam possuir experiência e proatividade para lidar com o dia-a-dia de operadoras que apresentam anormalidades administrativas graves de natureza assistencial. Cabe a eles municiar à ANS com informações precisas e atualizadas para tomada de decisão ao alcance do melhor desfecho para a sociedade, seja o levantamento do Regime Especial, sua renovação ou a saída ordenada da operadora do mercado de saúde suplementar. No ano de 2018, a ANS acompanhou sete Regimes de Direção Técnica, que impactaram diretamente a 931.208 beneficiários.

Ainda no sentido de aprimoramento da Direção Técnica, em 2018 foi divulgado no portal da ANS a abertura do período para recebimento de currículos para atualização do Banco de Diretores Técnicos. Foram realizados, ainda três encontros de capacitação desses diretores, nos quais foram debatidos e pormenorizados por servidores da ANS temas relevantes para a condução do Regime Especial.

1.15 NORMATIZAÇÃO DA VISITA TÉCNICA ÀS OPERADORAS

Em 2018 foi estabelecida a normatização da visita técnica às operadoras com a publicação da Instrução Normativa – IN nº 55/DIPRO. 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.

1.16 NOVA METODOLOGIA DE CÁLCULO PARA O REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS

Em dezembro de 2018, foi aprovada medida regulatória que estabeleceu nova metodologia de cálculo para definir o índice máximo de reajuste dos planos de saúde individuais e familiares regulamentados, passando a vigorar para o reajuste dos contratos com data de aniversário a partir de maio de 2019. O índice máximo de reajuste anual dos planos individuais e familiares é calculado pela ANS e só pode ser aplicado pelas operadoras autorizadas, a partir da data de aniversário de cada contrato.

O novo Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) se baseia na variação das despesas médicas das operadoras dos próprios planos individuais e na inflação geral da economia, refletindo assim, a realidade desse segmento. Traz ainda outros benefícios, como a redução do tempo entre o período de cálculo e o período de aplicação do reajuste e a transferência da eficiência média das operadoras para os beneficiários, além de ser baseado em informações auditadas e disponíveis dos próprios planos individuais e familiares.

ILUSTRAÇÃO 5 – REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES: NOVA METODOLOGIA DE CÁLCULO

REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES
NOVA METODOLOGIA DE CÁLCULO

ATÉ AGORA

- Índice baseado nos reajustes dos contratos de planos coletivos com mais de 30 beneficiários

NOVO CÁLCULO

- Índice baseado na **Variação das Despesas Assistenciais (VDA)** + **Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)**

- Modelo mais transparente e previsível
- Redução de tempo entre o período de cálculo e o período de aplicação do reajuste
- Transferência da eficiência média das operadoras para os beneficiários, resultando na redução do índice de reajuste



A metodologia é fruto de estudos efetuados pelo corpo técnico da Agência ao longo dos últimos oito anos e foi discutida amplamente com o setor e a sociedade, que apresentaram contribuições técnicas em audiências públicas, reuniões e sugestões enviadas por meio de formulário eletrônico disponibilizado pela Agência. É importante destacar que os dados utilizados para o cálculo são públicos e auditados, conferindo, assim, mais transparência e previsibilidade ao índice.

Mais detalhes podem ser consultados em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4782-reajuste-de-planos-individuais-tera-nova-metodologia-de-calcular-a-partir-de-2019?highlight=WyJub3RcdTAwZWRjaWFzliwbn90XHUwMGVkY2lhI0=>

1.17 PUBLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO NORMATIVA SOBRE CONTRATAÇÃO DE PLANO POR EMPRESÁRIO INDIVIDUAL

Entrou em vigor em 29 de janeiro de 2018, o normativo que regulamenta a contratação de plano de saúde coletivo empresarial por empresário individual. A medida visou contribuir para coibir abusos relacionados a esse tipo de contratação – como a constituição de empresa exclusivamente para este fim – e dar mais segurança jurídica e transparência ao mercado, ao estabelecer as particularidades desse tipo de contrato. Uma cartilha foi elaborada pela ANS para esclarecer beneficiários de planos de saúde, novos contratantes e os próprios agentes do setor e está disponível no seguinte endereço: <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

A Resolução Normativa nº 432 estabeleceu que, para ter direito à contratação do plano, o empresário individual deve apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como a sua regularidade cadastral junto à Receita Federal - e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente - pelo período mínimo de seis meses. E, da mesma forma, para manter o contrato, o empresário individual deve conservar a sua inscrição nos órgãos competentes e a regularidade do seu cadastro na Receita Federal. As operadoras e as administradoras de benefícios devem exigir esses documentos em dois momentos: quando da contratação do plano e anualmente, no mês de aniversário do contrato.

Outro ponto importante do normativo que protege o beneficiário trata do estabelecimento de uma regra para os casos de rescisão unilateral imotivada pela operadora: o contrato só pode ser rescindido imotivadamente após um ano de vigência, na data de aniversário e mediante notificação prévia de 60 dias. A operadora deve apresentar ao contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. Essa medida evita que o beneficiário seja surpreendido com o cancelamento do contrato a qualquer tempo, dando mais previsibilidade na contratualização.

A celebração e a manutenção de contrato coletivo empresarial que não atenda ao que é disposto na norma equipara-se, para todos os efeitos legais, ao plano individual ou familiar, conforme prevê a RN nº 195, de 2009.

ILUSTRAÇÃO 6 – CARACTERÍSTICAS DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO POR EMPRESÁRIO INDIVIDUAL

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO POR EMPRESÁRIO INDIVIDUAL	
	Quem pode contratar?
	Quem pode aderir?
	<p>Nos contratos com menos de 30 indivíduos, pode haver carência desde que prevista no contrato.</p> <p>Nos contratos com 30 indivíduos ou mais, aqueles que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da sua vinculação ao empresário individual não estão sujeitos à carência.</p>
	<p>Nos contratos com menos de 30 indivíduos, por até dois anos, a partir da data de ingresso, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para as doenças ou lesões preexistentes declaradas por você.</p> <p>Nos contratos com 30 indivíduos ou mais, aqueles que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da sua vinculação ao empresário individual contratante estão isentos de alegação de DLP e da eventual imposição de CPT.</p>
	<p>O contrato somente poderá ser desfeito:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se você não comprovar, quando solicitado pela sua operadora, que permanece inscrito no órgão competente e que está com registro ativo perante a Receita Federal; – Se você não pagar a mensalidade do plano de saúde, após ser notificado pela operadora para realizar o pagamento no prazo ajustado no contrato, ele estará desfeito na data que consta no comunicado; e – Por vontade da operadora, apenas uma vez ao ano, no aniversário do contrato, desde que você seja comunicado com 60 dias de antecedência, informando o motivo da rescisão.
	<ul style="list-style-type: none"> – Contratos com menos de 30 vidas: reajuste único aplicável a todos os contratos com menos de 30 vidas da sua operadora. – Contratos com 30 vidas ou mais: o reajuste será negociado entre o empresário individual contratante e a operadora de acordo com as regras estabelecidas no contrato. <p>Em ambos os casos, o contrato está sujeito ainda ao reajuste por faixa etária, se previsto em contrato.</p>

2. SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Entre os avanços destacam-se a atualização das obrigações contábeis das operadoras, melhorias no Programa de Acreditação das Operadoras, revisão no IDSS -2017, que pela primeira vez contou com o TISS para a coleta de dados e a revisão das regras e práticas relacionadas ao Fator de Qualidade, entre outros que seguem abaixo.

2.1 ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES CONTÁBEIS DAS OPERADORAS

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

Em 2018, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 435, que atualizou o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de saúde. O documento que promove alterações nas normas contábeis do setor é o principal instrumento de controle econômico-financeiro e patrimonial das empresas. Ele facilita o fornecimento de informações gerenciais, permite a uniformização das demonstrações contábeis, propicia informações para acompanhamento e análise do desempenho da empresa, além de fazer o comparativo entre as empresas semelhantes.

A nova normativa trouxe algumas novidades importantes: atualizou as práticas contábeis do setor à melhor técnica; instituiu a necessidade de realização do teste de adequação de passivo; obrigou as operadoras a disponibilizarem as demonstrações financeiras em seus portais na internet; permitiu o envio eletrônico das demonstrações à ANS, reduzindo o custo regulatório; e estabeleceu a criação de novas contas contábeis para identificação de formas de pagamento a prestadores de serviços, além do tradicional modelo *fee for service*.

As alterações promovidas pela ANS em relação ao Plano de Contas foram discutidas em audiência pública realizada em setembro de 2018 e as novas regras entraram em vigor no dia 1º de janeiro de 2019.

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 2018, a ANS instaurou 13 novos regimes de direção fiscal. No mesmo ano, 08 regimes foram encerrados e ficaram sob acompanhamento no final daquele ano 56 operadoras.

A seguir, a evolução das direções fiscais, de 2010 a 2018.

TABELA 2 - DIREÇÕES FISCAIS, 2010 A 2018

Ano	Nº de Direções Fiscais
2010	175
2011	161
2012	120
2013	78
2014	67
2015	51
2016	56
2017	51
2018	56

Fonte: Banco de dados da Diretoria de Normas de Habilitação das Operadoras - DIOPE

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 2018, a ANS instaurou 04 novas liquidações extrajudiciais e foram decretadas 08 falências ou insolvências civis. Assim, 34 liquidações extrajudiciais estavam sendo acompanhadas ao final de 2018. A seguir, a evolução das liquidações extrajudiciais, de 2010 a 2018.

TABELA 3 - LIQUIDAÇÕES EXRAJUDICIAIS, 2010 A 2018

Ano	Liquidações Extrajudiciais em Andamento
2010	75
2011	76
2012	74
2013	84
2014	76
2015	61
2016	44
2017	38
2018	34

Fonte: Banco de dados da Diretoria de Normas de Habilitação das Operadoras - DIOPE

2.3 PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

O Programa de Acreditação de Operadoras é uma certificação do cumprimento de boas práticas em gestão organizacional e gestão em saúde pelas operadoras, com o objetivo de qualificação da prestação dos serviços e redução de custos, visando a uma melhor experiência para o beneficiário.

A adesão ao Programa de Acreditação é voluntária e a certificação é conferida por Entidades Acreditadoras às operadoras que cumprem os critérios de qualidade determinados pela ANS. O programa envolve quatro dimensões: gestão organizacional, gestão da rede, gestão em saúde e experiência do beneficiário. Durante o ano de 2018 foram acreditadas 15 operadoras, sendo 13 no nível máximo (ouro) e 2 no nível II (prata). Atualmente o programa conta com 491 operadoras Médico Hospitalar acreditadas, abarcando cerca de 24,6% dos beneficiários.

A partir do diagnóstico realizado sobre a norma vigente, foram identificados os principais problemas e lacunas e a necessidade de reformulação do programa. Como resultado do trabalho realizado, construiu-se uma proposta de alteração do programa. Para tanto, foi aberta a Consulta Pública nº 71, a fim de receber as contribuições da sociedade sobre o tema.

A proposta de atualização do programa visa garantir mais transparência e legitimidade no processo de avaliação das operadoras, instituir um manual único para embasar a auditoria dos itens de avaliação, reduzir a assimetria de informações no setor e incentivar a adesão de operadoras exclusivamente odontológicas – que não estão contempladas atualmente.

2.4 IDSS – ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR (ANO-BASE 2017)

O IDSS 2018 – Ano Base 2017 foi o primeiro processamento utilizando-se o Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (Padrão TISS) como sistema de informação para coleta de dados. 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.

A utilização do Padrão TISS permitiu a ampliação do escopo dos indicadores, em particular os indicadores relativos à área assistencial, além de conectar o Programa de acreditação das Operadoras (PAO) às outras iniciativas de estímulo à qualidade desenvolvidas no âmbito da ANS, melhor adequando o programa a seus objetivos.

Outro ponto de destaque para o IDSS 2018 – Ano Base 2017 foi a inclusão da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde. Trata-se de uma pesquisa voluntária, para a que operadora seja elegível à pontuação, devem ser observadas as diretrizes estabelecidas em documento técnico específico. Os resultados indicam que os cerca de 13,8 milhões de beneficiários destas operadoras têm uma boa percepção do serviço prestado (79,54% recomendaria o plano para amigos ou familiares).

2.5 FATOR DE QUALIDADE (FQ)

Fator de Qualidade - FQ é o percentual aplicado ao índice de reajuste anual dos prestadores de serviços de saúde estabelecido pela ANS, qual seja, o Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, de acordo com o cumprimento de critérios de qualidade.

O FQ incide sobre o IPCA, que é aplicável aos contratos entre os prestadores de serviços e as operadoras de planos de saúde nas seguintes situações:

- Quando há previsão de livre negociação entre as partes, como única forma de reajuste; e
- Quando não há acordo após a negociação, nos primeiros noventa dias do ano.

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 2018, a ANS atualizou a Resolução Normativa que trata do assunto; desta forma a verificação do cumprimento dos critérios de qualidade poderá ser feita a qualquer tempo no âmbito da relação entre operadora e prestador de serviço de saúde. Por isso não haverá mais necessidade da apuração ou divulgação de listas de prestadores que cumpram os critérios de qualidade pela ANS.

O Fator de Qualidade está escalonado em níveis, que após a alteração da norma, passarão a ser de 115%, 110%, 105%, ou 100% do IPCA a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade previstos no anexo da Resolução Normativa nº 364/2014.

2.6 DEBATES SOBRE RELAÇÃO ENTRE PRESTADORES E OPERADORAS

Em 2018, a Agência instituiu a Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (Catec). O objetivo foi colher subsídios para avaliar a necessidade de revisão e aprimoramento da regulação setorial acerca da contratualização entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços – hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde.

A Câmara é composta por representantes das cinco diretorias da ANS e da Procuradoria Federal junto à reguladora e por integrantes de cerca de 30 órgãos e entidades do governo, Ministério Público Federal, defesa do consumidor e do setor de saúde de maneira geral, os quais estão sendo convidados por meio de ofício.

No âmbito da CATEC são discutidos os seguintes temas: a utilização de tabelas referência para a remuneração dos serviços e procedimentos contratualizados entre operadoras e prestadores; assuntos acerca do relacionamento entre operadoras e prestadores de saúde, especialmente a não adaptação dos contratos à regulamentação da Lei nº 13.003/14, glosas sobre o faturamento, remuneração através de pacotes de procedimentos e rescisão de contratos; e o aprimoramento dos canais para recebimento e tratamento das demandas relativas ao relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços. A primeira reunião do CATEC foi realizada no dia 30/10/2018, com a participação de representantes do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), do Ministério Público Federal (MPF) e do Ministério Público do Consumidor (MPCON), além de órgãos de defesa do consumidor e representantes de prestadores e operadoras de planos de saúde.

Os dois primeiros temas tratados pelo grupo foram a possibilidade de utilização de tabelas de referência para remuneração dos prestadores e a forma como devem ser cobrados os medicamentos adquiridos pelos estabelecimentos de saúde que são ministrados a seus pacientes no ambiente hospitalar.

Foram apresentados, ainda, os problemas regulatórios já identificados pela ANS no que concerne à relação entre prestadores e operadoras, entre eles a falta de clareza sobre os critérios para a composição dos chamados pacotes de preço. Também foi destacado o contexto das regras do setor que envolvem a relação comercial entre as empresas e foi explicado aos presentes que a coleta de informações da reguladora sobre a contratualização entre as partes vai começar pelos prestadores hospitalares, que detêm informações mais detalhadas e representativas do setor. Mas a Câmara tratará do relacionamento com todos os tipos de prestadores.

O evento reuniu mais de 50 representantes do setor, com participação de todos os atores envolvidos no tema. Mais informações sobre a CATEC podem ser obtidas no seguinte endereço: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camara-tecnica-de-contratualizacao-e-relacionamento-com-prestadores-catec>

2.7 ELABORAÇÃO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Em 2018 a ANS elaborou a Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários que as operadoras de planos de saúde podem divulgar para seus clientes. O prazo dado para as empresas aplicarem, divulgarem e informarem à ANS os resultados, foi 30/06/2018. A participação foi voluntária e poderia ser feita para obter pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, caso aplicada de acordo com as diretrizes previstas no documento técnico elaborado pela ANS, divulgado no portal na internet.

O questionário buscou verificar informações relacionadas à atenção à saúde e ao relacionamento com o beneficiário, que deveria responder a três blocos de questões: Atenção à Saúde, Canais de Atendimento da Operadora e Avaliação Geral. As perguntas incluíam, por exemplo, se o beneficiário foi atendido quando fez alguma reclamação, se recebeu algum tipo de comunicado esclarecendo sobre a necessidade de realização de consultas e exames preventivos, a frequência com que utilizou o plano, entre outras.

A pesquisa teve a finalidade de acompanhar a qualidade do setor, conhecendo de perto o grau de satisfação dos usuários de planos de saúde no país. A metodologia aplicada permite que os resultados obtidos no questionário sejam comparáveis, sendo possível criar uma série histórica de resultados.

Espera-se que os dados viabilizem a divulgação das melhores práticas de indução da qualidade do setor, estimulando operadoras que ainda não realizam tais ações.

No portal da ANS na internet há uma lista de perguntas frequentes a respeito da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde, disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/faq_pesq_satisfacao_benef_dez_17.pdf.

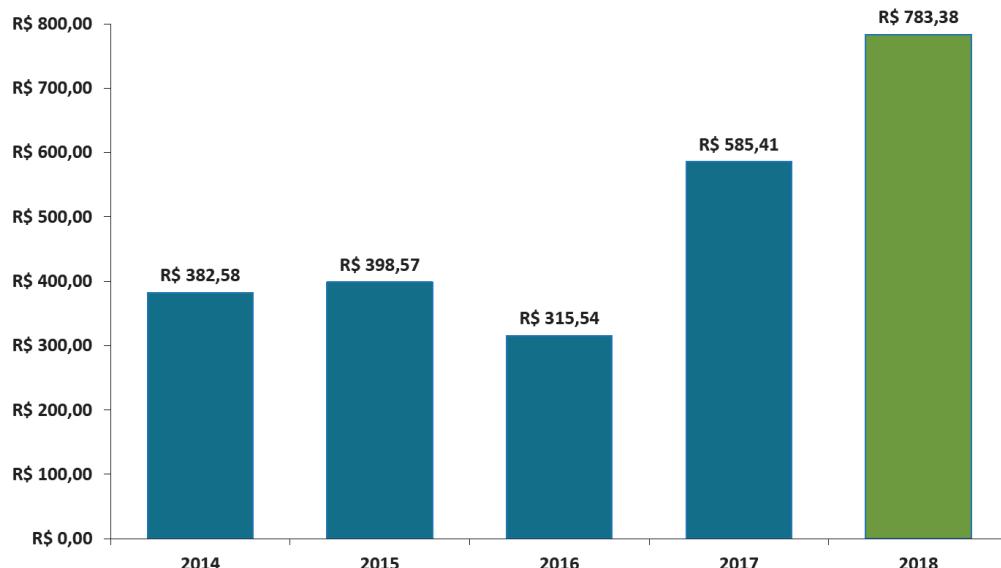
3. INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Entre as atividades relacionadas à integração com o Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se o valor recorde repassado ao SUS em 2018, a inauguração de uma nova fase na integração entre sistemas da ANS e das operadoras, o crescimento do número de lançamentos de Avisos de Beneficiários Identificados – ABI e da adimplência por parte das operadoras.

3.1 RESSARCIMENTO AO SUS

A ANS repassou valor recorde ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 2018: R\$ 783,38 milhões. O valor é o maior já repassado anualmente pela ANS desde a sua criação, em 2000, e representa um aumento de mais de 33,82% em comparação ao montante arrecadado em 2017. Os valores arrecadados pela ANS no âmbito do ressarcimento ao SUS são encaminhados diretamente ao Fundo Nacional de Saúde, nos termos do que preceitua o artigo 32, § 2º, da Lei nº 9.656/98, com redação dada pela Lei nº 12.469/11. Desde 2000, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 3,74 bilhões, referentes a cerca de 2,5 milhões de atendimentos identificados a beneficiários no sistema público de saúde. Desse total, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) foi ressarcido pela ANS em R\$ 2,43 bilhões, o equivalente a 65% do que foi efetivamente cobrado das operadoras.

GRÁFICO 4 - VALOR ANUAL REPASSADO AO FNS (EM R\$ MILHÕES) – 2014 A 2018



Fonte:<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/4954-ressarcimento-ans-repassou-valor-recorde-de-r-783-38-milhoes-ao-sus-em-2018>

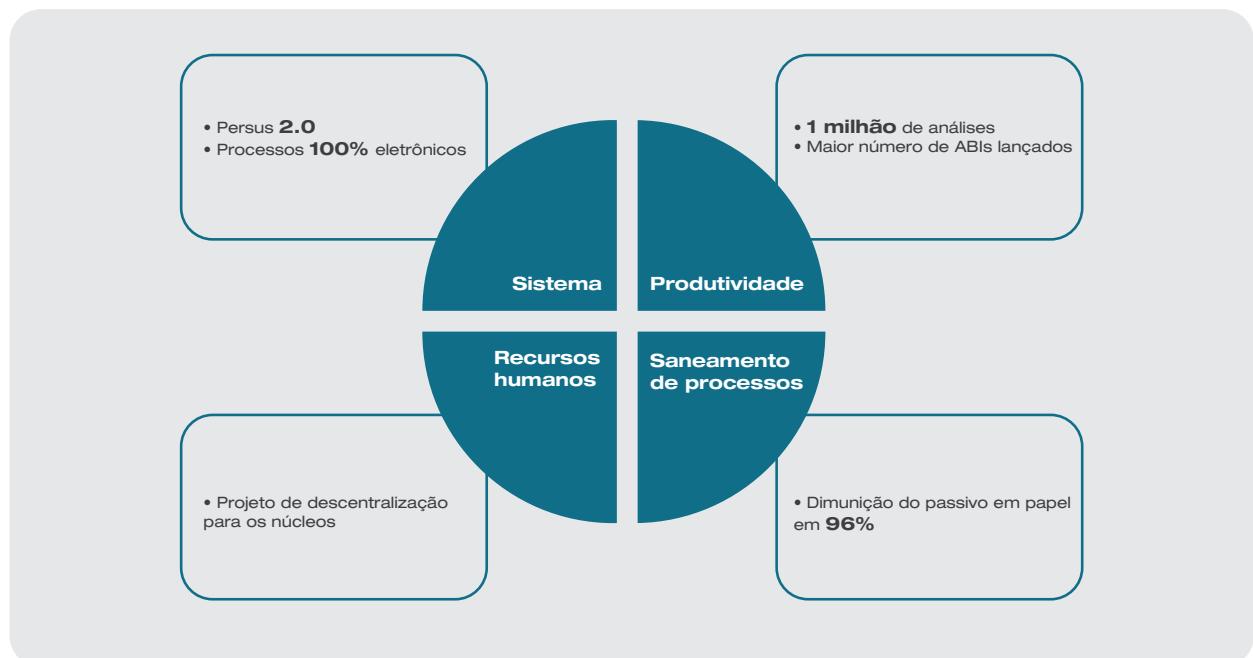
Entre as medidas que viabilizaram o incremento dos valores repassados, destacam-se: aprimoramento de sistemas, adoção de mecanismos processuais padronizados e a abertura de processos exclusivamente eletrônicos, reduzindo os custos e a alocação de recursos na abertura, tramitação e movimentação de processos físicos geralmente muito volumosos.

Além disso, no ano de 2018 obteve-se um aumento de 38,91% no valor total dos atendimentos cobrados em relação ao ano anterior, correspondendo a um incremento de 36,85% em relação à quantidade de atendimentos cobrados.

Outra medida desenvolvida em 2018 foi a transição para o Protocolo Eletrônico (PERSUS 2.0), que se apresenta como uma evolução tecnológica em relação ao sistema anteriormente utilizado no âmbito do ressarcimento ao SUS. Sendo mais estável e com performance mais ágil, a nova ferramenta está integrada com o sistema de gerenciamento de documentos e processos da agência (SEI), permitindo uma maior celeridade na tramitação e processamento das impugnações e recursos oferecidos pelas operadoras.

A nova interface foi remodelada para permitir a integração dos sistemas das operadoras com os sistemas da ANS, por meio de APIs (Application Programming Interface), tendo sido criada a Área do Desenvolvedor, para acesso pelas operadoras que disponham de infraestrutura em TI apta a absorver a nova tecnologia.

ILUSTRAÇÃO 7 – MELHORIAS NO RESSARCIMENTO AO SUS 2018



Um marco fundamental foi a decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em fevereiro de 2018, 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.

Com a modificação do critério de cobrança estabelecido pela Resolução Normativa nº 377/2015, a possibilidade de parcelamento e a maior celeridade no encaminhamento para Dívida Ativa e CADIN, houve um crescimento no pagamento dos valores relativos ao ressarcimento ao SUS. Nota-se, dessa forma, o esforço no sentido de aperfeiçoar e tornar cada vez mais eficiente a cobrança do ressarcimento. Com o objetivo de elucidar o fluxo de trabalho envolvido no recolhimento do ressarcimento ao SUS, a Agência publicou o livro “Aspectos financeiros do ressarcimento ao SUS: Orientações sobre os procedimentos de cobrança”, em que descreve os procedimentos realizados em cada subprocesso vinculado a esta atividade. A publicação está disponível no site da reguladora e encontra-se listada no capítulo Publicações deste relatório.

Outra publicação editada em 2018 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 atualização do Guia ANS de Planos de Saúde, o Painel de Sistemas como novo ambiente para acesso externo aos sistemas da Agência, a divulgação dos dados apresentados pelo Vigitel Brasil 2016 e as ações estratégicas de aprimoramento do SIB.

4.1 PORTAL DA ANS NA INTERNET

Em 2018, o portal da ANS na internet recebeu aproximadamente 7,3 milhões de visitas, um aumento de 10,44% em relação ao ano anterior. Do total, pouco mais de 2 milhões de visitas foram por meio de dispositivos móveis, um número 29,47% superior à 2017. No total, 3.692.212 usuários distintos, além de 3.638.666 novos usuários acessaram o portal da ANS na internet em 2018, correspondendo, respectivamente, a um aumento de 15% e 14% de usuários em comparação com o ano anterior.

4.2 NOVO GUIA DE PLANOS DA ANS

Para ajudar o consumidor na escolha sobre qual o plano de saúde é mais adequado às suas necessidades, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou em novembro de 2018 a atualização do Guia ANS de Planos de Saúde. A ferramenta passou a permitir a comparação entre planos e exibir informações importantes para orientar a decisão do consumidor, como a rede hospitalar credenciada de cada produto e o preço máximo que a operadora poderá cobrar pelo plano médico-hospitalar.

O Guia ANS de Planos de Saúde é um facilitador para o cidadão que está buscando um plano para contratação, mostrando as opções disponíveis de escolha. A ferramenta permite a comparação entre os diferentes planos e exibe informações importantes para orientar a decisão do consumidor, como a rede hospitalar credenciada de cada plano registrado na ANS e o preço máximo que a operadora poderá cobrar pelo plano médico-hospitalar.

A ferramenta auxiliará o consumidor que estiver interessado em contratar um plano de saúde e é voltada também ao já beneficiário do setor que deseje realizar portabilidade de carências. Cada consulta terá prazo de validade de 5 dias e passará a gerar um número de protocolo que poderá ser acessado pelo consumidor através do próprio Guia ANS, trazendo todas as informações do plano escolhido.

É importante que o consumidor saiba que a ferramenta disponibiliza uma consulta aos planos existentes para contratação, mas que a contratação do plano de saúde não é mediada pela ANS. Para fazer a contratação ou a portabilidade de carências, é necessário que o consumidor busque diretamente a operadora ou a administradora de benefícios do plano selecionado. É possível imprimir o resultado das buscas do Guia ANS através da própria ferramenta, para facilitar na hora da contratação, ou receber a consulta por e-mail. O acesso também ficará disponível no próprio Guia ANS, mediante apresentação de CPF e data de nascimento.

É importante também lembrar que somente pode contratar um plano de saúde coletivo por adesão quem tiver vínculo com associação profissional, classista ou setorial. Já os planos coletivos empresariais só podem ser contratados por representantes de empresas ou empresários individuais.

Outra novidade do Guia ANS é a disponibilização de informações sobre o desempenho das operadoras em indicadores de qualificação, como o IDSS e o Monitoramento da Garantia de Atendimento. O consumidor também pode ver na ferramenta caso a operadora esteja em algum regime especial (direção técnica ou fiscal).

Para ajudar o usuário a navegar no Guia ANS de Planos de Saúde e fazer corretamente as buscas, a ANS preparou dois tutoriais, disponíveis em seu canal do YouTube. Acesse o tutorial para Pesquisa de Planos de Saúde e o tutorial para Portabilidade de Carências. A primeira versão do Guia ANS foi disponibilizada para os consumidores em 2009, dando agora lugar à nova ferramenta.

O Guia ANS de Planos de Saúde pode ser acessado em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/guia-ans-de-planos-de-saude#>

ILUSTRAÇÃO 8 – GUIA DE PLANOS 2018

COM O NOVO
GUIA ANS DE PLANOS DE SAÚDE,
VOCÊ PODE:

-  **VER AS OPÇÕES** DE PLANOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS PARA CONTRATAÇÃO
-  **CONSULTAR A REDE HOSPITALAR** CREDENCIADA DO PLANO QUE QUER CONTRATAR
-  **VER O PREÇO INFORMADO** PELA OPERADORA E O VALOR MÁXIMO QUE PODE PAGAR PELO PLANO
-  **COMPARAR AS DIFERENÇAS** ENTRE OS PLANOS OFERTADOS (ATÉ TRÊS PLANOS POR CONSULTA)
-  **VERIFICAR PLANOS COMPATÍVEIS** PARA A REALIZAÇÃO DE PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

4.3 AÇÕES ESTRATÉGICAS APRIMORAM O SIB

Em 2018 a ANS promoveu melhorias nos relatórios que compõem o Diagnóstico de Qualidade Cadastral do SIB (Sistema de Informações de Beneficiários). Desde então, as operadoras de planos de saúde têm mais facilidade para identificar e corrigir os registros que apresentam inconsistências. Os relatórios consolidado e detalhado resumem a situação de cada operadora de plano de saúde quanto à regularização da base de dados do SIB e são uma importante ferramenta para acompanhar a evolução das atualizações desses dados.

O Diagnóstico Cadastral do SIB é um perfil da qualidade da base de dados de beneficiários de cada operadora. É disponibilizado para download um arquivo contendo a lista dos registros com as respectivas incorreções. Com a ferramenta, é possível fazer uma simulação do resultado alcançado pela operadora, de acordo com a última competência do SIB disponível, no indicador “Percentual de qualidade cadastral”, componente do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), comparando-o com valores por região do País e por porte e modalidade de operadoras. Quanto melhor a qualidade dos dados da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS, maior o valor do indicador e seu impacto positivo no IDSS (qualidade cadastral), que avalia a qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano ao qual o beneficiário está vinculado.

Os relatórios são atualizados a cada competência do SIB e podem ser obtidos pelas operadoras na central de relatórios que está localizado no espaço da operadora, no seguinte endereço eletrônico: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/compromissos-e-interacoes-com-ans/solicitacoes-e-consultas/central-de-relatorios>.

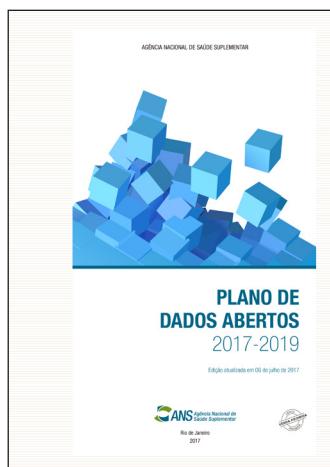
4.4 DADOS ABERTOS DA ANS

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 9 - 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

Em 2018, a ANS deu início ao desenvolvimento de novos conjuntos de dados para publicação, incluindo dados de transparéncia institucional, precificação e produtos. Realizou melhorias dos dados divulgados,

divulgou o relatório de monitoramento do PDA e ainda especificou a 3^a fase da abertura de dados, identificando e planejando novos conjuntos a serem publicados em 2019.

Para 2019, a partir dos resultados obtidos e do planejamento estratégico da instituição, estão previstas ações de planejamento e início do novo PDA 2019-2021, bem como concluir e publicar relatório final do PDA 2017-2019. Mais informações estão disponíveis no portal da ANS na internet em <http://www.ans.gov.br/acesso-a-informacao/dados-abertos>.

4.5 BIBLIOTECA DA ANS

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.

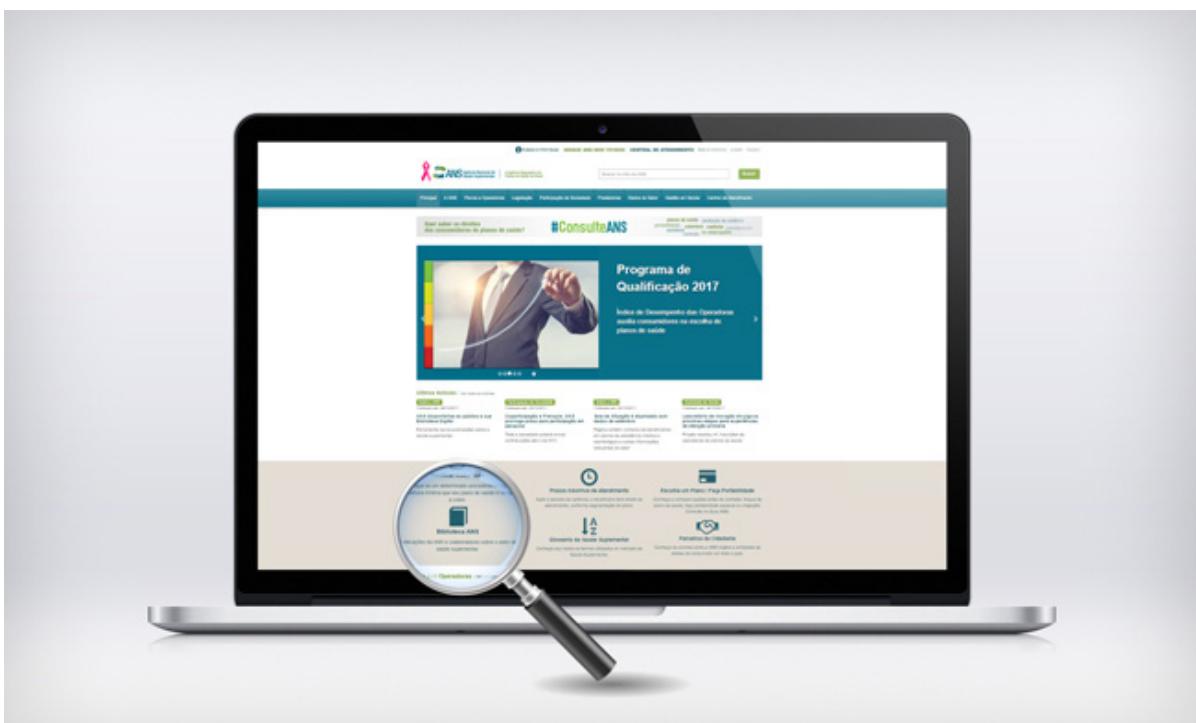
ILUSTRAÇÃO 10 - TELA DA BIBLIOTECA ANS



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. 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.

Em 2018, foi disponibilizada a 2^a edição da Bibliografia Brasileira de Saúde Suplementar (BIBSS), editada pela ANS. A Biblioteca tem atualização permanente do seu conteúdo, distribuído de forma organizada por título, autor, assunto e idioma, entre outras opções de busca.

ILUSTRAÇÃO 11 - DESTAQUE PARA O ÍCONE DE ACESSO À BIBLIOTECA ANS.



4.6 PUBLICAÇÕES

Listamos a seguir as 23 publicações editadas pela Agência ao longo do ano 2018. Todas as publicações estão disponíveis na Biblioteca Digital em <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>.

TABELA 4 - PUBLICAÇÕES EDITADAS PELA ANS EM 2018

Anuário: aspectos econômicofinanceiro 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	Livro 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.



Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS – 2 edições (abril e novembro)

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 – SMARTPHONE: Use com moderação

Cartilha sobre o uso do celular e os danos que podem ser causados pelo mau uso, além de dicas para a prevenção ou alívio dos sintomas.



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.



Laboratório de Inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar

Compartilha algumas experiências selecionadas pela ANS/OPAS de práticas inovadoras em Atenção Primária na Saúde Suplementar, no intuito de fomentar no setor o esforço de repensar e reorganizar o modelo de atenção que vise a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a responsabilização para com o usuário e a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados.



Manual de gestão de riscos da ANS

Tem por objetivo orientar os servidores da ANS, especialmente os gestores das unidades organizacionais, sobre a aplicação prática dos conceitos e o passo a passo no preenchimento dos artefatos utilizados pela ANS no processo de avaliação de riscos institucionais.



Manual do usuário:
solicitação de alteração de rede hospitalar – Módulo ANS – Perfil Analista e Gestor

Manual técnico informativo sobre procedimentos a serem utilizados para solicitação de alteração de rede hospitalar.



**Manual do usuário:
solicitação de alteração
de rede hospitalar – Perfil
Público**

**Manual técnico informativo sobre
procedimentos a serem utilizados
para solicitação de alteração de rede
hospitalar.**



**Manual do usuário:
solicitação de alteração de
rede hospitalar – Módulo
Operadora**

**Manual técnico informativo sobre
procedimentos a serem utilizados
para solicitação de alteração de rede
hospitalar.**



**Mapa assistencial da saúde
suplementar**

**Apresenta dados assistenciais
encaminhados pelas operadoras de
planos privados de assistência à
saúde, referentes ao ano de 2017.**



**Ouvidoria: Relatório de
Atividades 2017**

**Apresenta as atividades desenvolvidas
na Ouvidoria durante o exercício
de 2017, o detalhamento das
manifestações recepcionadas, os
resultados da pesquisa de satisfação
dos usuários dos canais da Ouvidoria
da ANS e do REA-Ouvidorias 2017,
além das recomendações expedidas e
o cumprimento do Plano de Trabalho
proposto para o ano.**



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 Logística Sustentável – PLS 2019/2020

Apresenta o Plano de Logística Sustentável (PLS) 2019/2020 e Relatório do Plano de Logística e Sustentabilidade (PLS) 2017/2018 da ANS.



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.



Questionário sobre a realização do teste de adequação de passivos na saúde suplementar

Apresenta a divulgação dos resultados do questionário sobre a realização do teste de adequação de passivos TAP pelas Operadoras de Planos de Saúde, além de breves explicações sobre seus aspectos mais importantes.



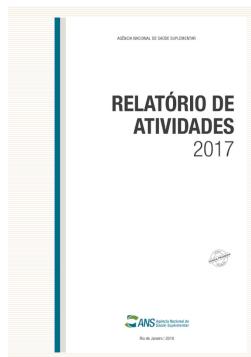
REA-OVIDORIAS

O objetivo da publicação é descrever, utilizando dados do REA-Ovidorias 2018 (ano base 2017), o perfil das unidades de Ovidoria 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.



Relatório de atividades 2017

Tem o objetivo de prestar contas à sociedade das principais atividades realizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, em 2017.



Relatório de Gestão: Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Apresenta a consolidação das medidas implementadas, os ajustes estruturais e contextuais efetivados, bem como os aprimoramentos observados na gestão da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES durante o 1º (primeiro) ano de mandato do Dr. Diretor Rodrigo Rodrigues Aguiar, assim considerado o período iniciado em 08/09/2017 até 31/08/2018.



**Relatório de gestão base julho 2015 a julho 2018:
Karla Santa Cruz Coelho**

Relatório de Gestão dos três anos nos quais a Dra. Karla Coelho foi diretora da ANS, período compreendido entre 16 de julho de 2015 e 15 de julho de 2018, enquanto Diretora de Gestão (DIGES) e Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Vigitel Brasil 2017 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

Apresenta os resultados do décimo segundo ano 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 (93^a, 94^a, 95^a e 96^a Reunião da CAMSS).

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.

Foram constituídas duas novas Câmaras Técnicas em 2018: a Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC), cuja finalidade é colher subsídios para avaliação da necessidade de revisão e/ou aprimoramento da regulação setorial acerca da contratualização entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços; e a Câmara Técnica sobre o atendimento ao beneficiário, com a finalidade de colher subsídios para identificar e avaliar o problema regulatório do atendimento ao beneficiário, principalmente no momento que antecede/integra a contratação de um plano de saúde.

Grupos Técnicos em 2018: i) Grupo Técnico de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – GT PROMOPREV; ii) Grupo Técnico multidisciplinar de enfrentamento da obesidade na saúde suplementar; iii) Grupo de Trabalho Técnico do Laboratório de Inovações sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira - DIPRO; iv) Grupo Técnico do Programa de Qualificação de Operadoras; v) Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras; vi) Grupo Técnico de Oncologia; vii) Grupo Técnico de Remuneração; viii) Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ); ix) Grupo Técnico do Idoso Bem Cuidado.

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 2018 foram realizadas as seguintes Consultas Públicas: i) Consulta Pública 66: Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde; ii) Consulta Pública 67: Adoção de práticas de governança, controles internos e gestão de riscos pelas operadoras de plano de assistência à saúde; iii) Consulta Pública 68: Instituição da PEONA/SUS, PIC e outras alterações na RN 393/15, que dispõe sobre os critérios de constituição de provisões técnicas a serem observados pelas operadoras ; iv) Consulta Pública 69: Processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e eventos em Saúde no âmbito da ANS; v) Consulta Pública 70: Fator de Qualidade; vi) Consulta Pública 71 - Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

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 2018, foram realizadas seis audiências públicas sobre os seguintes temas: i) Proposta de regulamentação de boas práticas de governança corporativa para capital baseado em risco na saúde suplementar; ii) Incentivo econômico-financeiro para as operadoras setoriais em prol da geração de valor para os beneficiários; iii) Política de Preços e Reajustes; iv) Mecanismos Financeiros de Regulação: Coparticipação e Franquia; v) Audiência Pública para de obter subsídios, informações, sugestões ou críticas relativas à proposta de alteração dos anexos da RN nº 290/2012 que tratam das Normas Contábeis que devem ser seguidas pelas operadoras do setor de saúde suplementar; vi) Proposta de Resolução Normativa que estabelece critérios para cálculo e aplicação do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados individuais/familiares.

5.4 PARTICIPAÇÃO EM AUDIÊNCIAS PÚBLICAS NO PODER LEGISLATIVO FEDERAL

Em 2018, a ANS participou de Audiências Públicas convocadas pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, conforme relação a seguir:

TABELA 5 - PARTICIPAÇÃO DA ANS EM AUDIÊNCIAS PÚBLICAS NO PODER LEGISLATIVO FEDERAL EM 2018

Câmara dos Deputados			
Comissões Permanentes			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
CSSF Comissão de Seguridade Social e Família	Deputado Hiran Gonçalves (PP/RR)	REQ 731/2018: Requer a realização de Audiência Pública para debater sobre a remuneração de procedimentos médicos por meio de “pacotes de consultas”.	12/06/2018

Câmara dos Deputados			
Comissões Permanentes			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
CDC Comissão de Defesa do Consumidor	Deputado José Stédile (PSB/RS)	REQ 220/2018: Requer a realização de reunião de Audiência Pública para debater os reajustes abusivos dos planos de saúde.	05/06/2018
	Deputado Celso Russomanno (PRB/SP)	REQ 224/2018: Solicita realização de Audiência Pública para discussão do tema: “A ANS e as regras para franquia e coparticipação nos planos de saúde”.	
	Deputado Eduardo da Fonte (PP/PE)	REQ 225/2018: Requerem que seja realizada reunião de audiência pública para discutir com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a proposta de permitir que as operadoras de planos de saúde possam cobrar dos segurados franquia de valor equivalente ao da mensalidade, em mecanismo similar ao praticado no mercado de seguros de veículos.	
	Deputado Ivan Valente (PSOL/SP)	REQ 226/2018: Requer a convocação dos Ministros da Saúde, Gilberto Occhi, e o convite do Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar para prestar esclarecimentos sobre: aumento no valor dos planos de saúde em percentual muito acima da inflação; cobrança de franquia e coparticipação em consultas e exames; indicação de Diretor para a referida agência em clara situação de conflito de interesses.	09/05/2018
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.	20/11/2018

Comissões Temporárias Especiais

Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
Comissão Especial para proferir parecer ao PL 6.621/2016 e seus apensados	Dep. Danilo Forte (PSDB/CE)	Dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras.	05/12/2018

Fonte: Gerência Geral de Relações Institucionais/GAB/PRESI/ANS

TABELA 6 - PARTICIPAÇÃO DA ANS EM AUDIÊNCIAS PÚBLICAS NO SENADO FEDERAL EM 2018

Senado Federal			
Comissões Permanentes			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
CAS Comissão de Assuntos Sociais	Senadora Marta Suplicy (MDB/SP)	REQ 21/2018: Requeiro a realização de audiência pública, com o objetivo de discutir as recentes decisões publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que autorizaram as operadoras a reajustarem os planos de saúde médico-hospitalares individuais /familiares em até 10%, no período compreendido entre maio de 2018 e abril de 2019; e que atualizaram as regras para aplicação da coparticipação e franquia em planos de saúde, possibilitando a cobrança de um percentual de até 40% por procedimentos realizados.	11/07/2018
	Senadores Lindbergh Farias (PT/RJ); Regina Sousa (PT/PI) e outros	REQ 22/2018: Requeiro a realização de audiência pública para debater o reajuste dos planos de saúde individuais e familiares em 2018 e 2019.	
	Senadora Marta Suplicy (MDB/SP)	REQ 24/2018: Requeiro a realização de audiência Pública, com o objetivo de debater o reajuste dos planos de saúde individuais e familiares em 2018 e 2019.	04/09/2018

Senado Federal			
Comissões Permanentes			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
CDH Comissão de Direitos Humanos	Senador Paulo Paim (PT/RS)	REQ 71/2018: Com fundamento no disposto no art. 93, inciso II, do RISF, requeremos a realização de uma audiência pública, nesta Comissão, para debater “Planos de Saúde: a coparticipação e o aumento abusivo nas mensalidades”.	26/04/2018
	Senador Paulo Paim (PT/RS)	REQ 76/2018: Requer Audiência Pública para debater sobre: “Saúde Pública, SUS e Planos de Saúde”, com foco nos Planos de Saúde Privados e na situação da GEAP, CAPESAÚDE e de seus beneficiários.	26/06/2018
	Senador Paulo Paim (PT/RS)	REQ 131/2018: Com fundamento no disposto no art. 93, inciso II, do RISF, requeremos a realização de uma audiência pública, nesta Comissão, para debater “Os impactos das políticas de estado frente a saúde suplementar e suas consequências no SUS”.	13/08/2018

Fonte: Gerência Geral de Relações Institucionais/GAB/PRESI/ANS

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 participou das seguintes Comissões e Grupos de Trabalho: Grupo de Trabalho para a formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS), Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), Grupo de Trabalho para discussão e formulação da Política Nacional de Medicamentos Biológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Casa Civil da Presidência: Grupo Técnico do Comitê de Desenvolvimento do Programa Nuclear Brasileiro – CDPNB (GT-4); MPOG - Grupo de Trabalho destinado à Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Públicos Federais (SGP/MP) e Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS).

6. FISCALIZAÇÃO

Em 2018, entre as principais atividades relacionadas à fiscalização destacam-se: a ampliação do Programa Parceiros da Cidadania; os resultados obtidos na mediação de conflitos, através dos canais de comunicação com a sociedade e partes interessadas; a proposta de implementação de um novo modelo fiscalizatório; o aprimoramentos no Sistema Integrado de Fiscalização – SIF; e o projeto de descentralização de atividades dos Núcleos da ANS.

6.1 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, e tem até dez dias úteis para adotar as medidas necessárias para a solução do problema do demandante.

Cabe ressaltar que a NIP é um instrumento completamente eletrônico, de natureza pré-processual. Resolvido o conflito, não há que se falar em abertura de processo administrativo sancionador.

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.

Em 2018, por meio da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, a mediação de conflitos resolveu 91,8% das demandas assistenciais de forma célere, sem necessidade de abertura de um processo sancionador.

6.2 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.

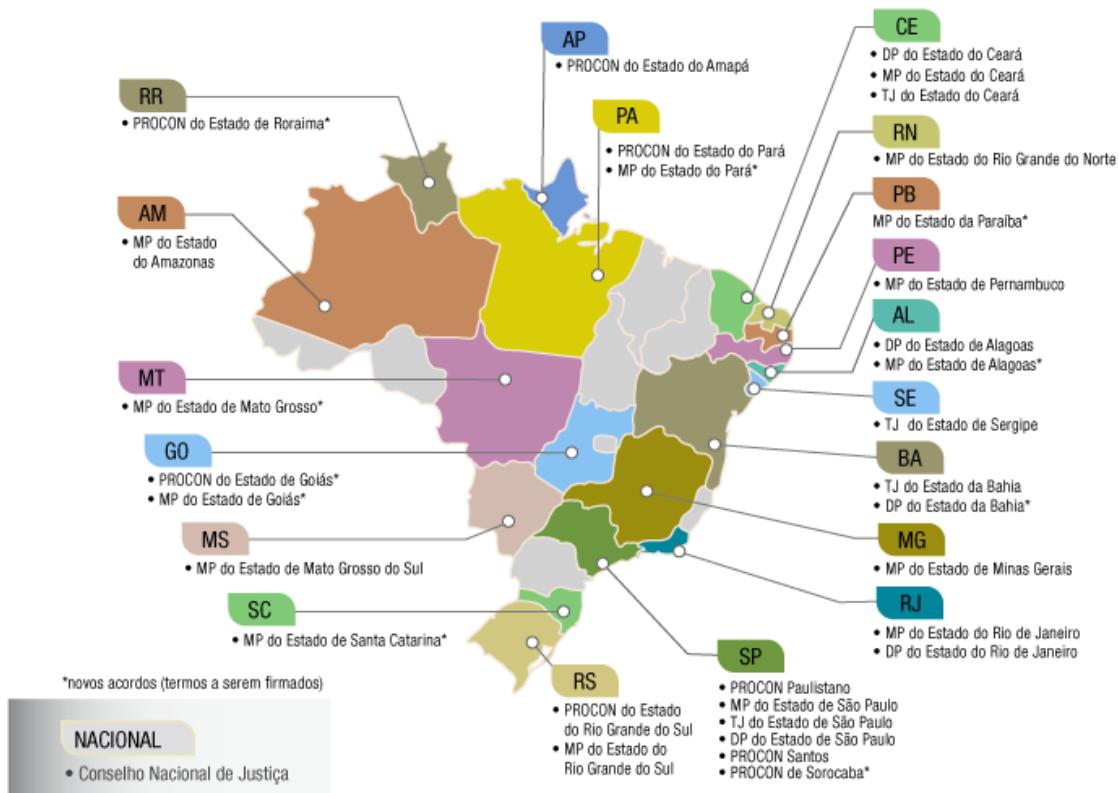
O Programa também contribui para reduzir a assimetria de informação no mercado de saúde suplementar por meio da divulgação dos normativos e decisões técnicas da ANS, subsidiando o beneficiário com informações necessárias para a escolha de planos de saúde que mais se ajustem às suas expectativas. A partir 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.

A Agência está ampliando as parcerias firmadas no âmbito do Programa Parceiros da Cidadania. Dez

novos acordos de cooperação técnica foram aprovados em 2018, com as seguintes entidades: Procon do Estado de Roraima; Procon do Estado de Goiás; Procon de Sorocaba/SP; Ministério Público do Estado de Alagoas; Ministério Público do Estado de Goiás; Ministério Público do Estado do Mato Grosso; Ministério Público do Estado do Pará; Ministério Público do Estado da Paraíba; Ministério Público do Estado de Santa Catarina; e Defensoria Pública do Estado da Bahia.

No âmbito desse Programa, no final de 2018, a ANS possuía 37 acordos de cooperação técnica vigentes com os mais variados Tribunais de Justiça, Ministérios Públicos, Defensorias Públicas, Procons, dentre outros. Em 2017, eram 22 acordos vigentes.

ILUSTRAÇÃO 12 - PARCEIROS DA CIDADANIA EM 2018



Em 2018, ainda no âmbito do programa, foi desenvolvida junto à área de Tecnologia de Informação da ANS a criação de uma área restrita no site da ANS, com login e senha, para que os Parceiros passem a acessar, de forma ágil, os boletins informativos produzidos pela Diretoria de Fiscalização da ANS. A versão do sistema para fins de homologação foi entregue em dezembro de 2018. Espera-se que esteja em funcionamento no primeiro semestre de 2019.

Também em 2018 foi realizada pesquisa junto aos Parceiros da Cidadania, visando conhecer o perfil da judicialização no âmbito da saúde suplementar, principalmente para obter a informação sobre os principais problemas detectados. Foi promovido um encontro com os Parceiros na sede da ANS, novamente com o objetivo de colher informações/subsídios para adoção de eventual medida regulatória.

6.3 PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE NOVO MODELO FISCALIZATÓRIO

O processo participativo de construção de um novo modelo de fiscalização vinha sendo promovido pela ANS desde setembro de 2016. O objetivo da proposta era tornar as atividades fiscalizatórias mais eficientes, aprimorando a regulação do setor e promovendo melhoria no atendimento aos beneficiários de planos de saúde.

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.

Em 2018, entretanto, quando estava prevista a revogação da RN nº 388/2015, diante dos resultados satisfatórios verificados a partir do monitoramento contínuo das ações fiscalizatórias, decidiu-se que não fosse mais levada a efeito a primeira proposição, optando-se por uma nova minuta que aproveitou as alterações propostas para aprimorar a RN nº 388/2015. Tais aprimoramentos foram objeto de apreciação pela DICOL em novembro de 2018, sendo aprovados na 499ª reunião, ocorrida já no exercício de 2019 (17/01/2019). A entrada em vigor da norma ocorrerá em 06 de maio de 2019.

6.4 APRIMORAMENTOS NO SISTEMA INTEGRADO DE FISCALIZAÇÃO - SIF

Merece destaque em 2018 o desenvolvimento de aprimoramentos no Sistema Integrado de Fiscalização – SIF. Sem prejuízo de modificações pontuais para viabilizar as alterações na RN nº 388/2015, foi solicitado à área de Tecnologia da Informação – TI da ANS um novo Sistema, denominado SIF 3.0, o qual se encontra em desenvolvimento. O atual SIF não permite a adoção de ações de melhorias nos fluxos de trabalho existentes no âmbito da Diretoria de Fiscalização.

O aprimoramento tecnológico decorrente surtrá efeitos positivos em todas as etapas e para todos os envolvidos. A título de exemplo, o SIF 3.0 aperfeiçoará o cadastro de demandas recebidas, influenciando o seu tratamento posterior, trazendo, também, uma série de melhorias na interação das operadoras com a ANS, por meio do Portal das Operadoras. A previsão de entrega do primeiro módulo do SIF 3.0 é para maio de 2019.

6.5 CANAIS DE COMUNICAÇÃO COM A SOCIEDADE E PARTES INTERESSADAS

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 2018, a Agência recebeu 641.763 mil ligações pelo Disque ANS (457.267 transferidas para atendimento humano e 178.380 para atendimento eletrônico do Disque ANS), o qual possui uma capacidade de 180 ligações simultâneas. Foram registradas 318.180 mil demandas por telefone, 24.534 mil demandas pelo Fale Conosco no portal da ANS, 6.319 mil atendimentos presenciais nos Núcleos da ANS no país e mais 1.442 atendimentos por outros meios de comunicação.

Assim, recebeu um total de 350.475 mil demandas, das quais 252.278 mil pedidos de informações e 98.197 mil de reclamações de beneficiários. Por meio da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, a mediação de conflitos resolveu 91% das demandas assistenciais de forma célere, sem necessidade de abertura de um processo sancionador.

ILUSTRAÇÃO 13 - CANAIS DE COMUNICAÇÃO COM A SOCIEDADE E AS PARTES INTERESSADAS



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

6.6 MENÇÃO HONROSA NO “PRÊMIO FGV DIREITO RIO – MELHORES PRÁTICAS EM REGULATÓRIAS

A Resolução Normativa nº 388/2015, elaborada pela Diretoria de Fiscalização da ANS, recebeu menção honrosa pelo seu protagonismo para a melhoria da fiscalização do setor de saúde suplementar no “Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulação”.

O conjunto de medidas dispostas na resolução promoveu profundas alterações nos procedimentos adotados pela ANS para a estruturação da fiscalização das operadoras de planos de saúde, tendo como foco a racionalização do processo administrativo sancionador da Agência.

III - DESTAQUES DA GESTÃO INSTITUCIONAL

Destacam-se a realização do primeiro concurso de monografias da ANS; a menção honrosa no “Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas Regulatórias”; a revisão do novo Mapa Estratégico 2019-2021; a adoção da hashtag #PraCegoVer; os avanços da Política de Gestão de Riscos; a implementação do Programa de Integridade; a otimização e controle dos recursos públicos aplicados; o projeto de descentralização das atividades dos Núcleos da ANS; a implementação de processos ferramentas e práticas na governança de TIC; a revisão e fortalecimento do Programa de Qualificação Institucional, da Gestão de Processos, da Gestão da Inovação, da Gestão de Projetos, e a implementação do Acordo de Resultados, os avanços na implementação do Sistema Eletrônico de Informações – SEI, além de eventos institucionais e campanhas de utilidade pública.

• REALIZAÇÃO DE CONCURSO DE MONOGRAFIAS

Em 2018, a ANS promoveu um concurso de monografias para estimular a pesquisa e ampliar e disseminar o conhecimento em saúde suplementar no Brasil. A iniciativa, realizada em parceria com a Fundação Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), premiou os melhores trabalhos desenvolvidos sobre os seguintes temas: regulação econômico-financeira na saúde suplementar, regulação assistencial na saúde suplementar e direito em saúde suplementar.

O concurso foi aberto a candidatos de qualquer nacionalidade, com formação acadêmica de nível superior ou que estivessem cursando o último semestre de curso de graduação no primeiro semestre de 2018, com trabalhos individuais ou em grupo, desde que o trabalho se enquadrasse em um dos três temas previstos no edital.

Essa primeira edição do concurso contou com a participação de cinquenta e quatro inscritos e doze trabalhos foram premiados, sendo cinco de autoria de servidores da ANS.

O primeiro colocado em cada um dos temas recebeu R\$ 15 mil, o segundo melhor trabalho recebeu R\$ 10 mil e o terceiro colocado de cada um dos temas recebeu como prêmio R\$ 5 mil. Em cada categoria também foi destacado um trabalho que recebeu menção honrosa.

A cerimônia de premiação ocorreu no dia 21/11/2018, no auditório da Secretaria de Planejamento do Estado do Rio de Janeiro. Durante o evento, os vencedores apresentaram seus trabalhos para a plateia, que teve a oportunidade de tirar dúvidas e debater sobre os temas desenvolvidos.

• REVISÃO DO MAPA ESTRATÉGICO 2019-2021

Em 2018 o Mapa Estratégico da ANS foi revisado e atualizado. O Mapa é uma representação gráfica da estratégia da instituição, que evidencia os objetivos a serem atingidos a fim de concretizar sua missão e visão de futuro. Todas as ferramentas de gestão, como a Agenda Regulatória, o Plano Plurianual (PPA), o Contrato de Gestão, o Relatório Anual de Gestão (RAG/TCU), bem como as iniciativas que pretendam responder ao contexto atual ou a qualquer desafio institucional têm no Mapa Estratégico a sua maior referência. Iniciativas internas como a política de RH, a Agenda de Pesquisa e a Qualificação Institucional também demandam o ordenamento estratégico representado pelo Mapa.

O Mapa Estratégico deve ser continuamente avaliado e atualizado de forma a acompanhar a dinâmica socioeconômica e política do país e do mercado de saúde suplementar, sem, contudo, modificar a sua essência. No processo de revisão do Mapa Estratégico foi aplicada uma adaptação do método BSC que é amplamente utilizado pela Administração Pública e recomendado pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP).

ILUSTRAÇÃO 14 – MAPA ESTRATÉGICO 2019-2021



- ADOÇÃO DA #PRACEGOVER

A ANS reforçou a preocupação com a inclusão e, a partir de julho de 2018, passou a adotar a hashtag #PraCegoVer em todas as suas publicações do Facebook e Linkedin. Com esse recurso, as imagens publicadas têm uma descrição de seu conteúdo em todas as postagens. Isso permite que os sistemas de leitura presentes nos celulares e computadores de deficientes visuais leiam também as imagens. Antes só era possível o acesso ao texto escrito, mas com a hashtag todo o conteúdo postado se torna acessível.

Desde 2017 há um canal de atendimento da ANS especializado a deficientes auditivos. Para utilizar o canal é necessário o uso de um aparelho eletrônico específico - TTY, que permite que as respostas transmitidas sejam visualizadas por meio de texto no próprio visor do telefone. Dessa forma, o consumidor também deverá fazer a ligação pelo mesmo tipo de aparelho.

- AVANÇOS NA GESTÃO DE RISCOS

Diversos avanços foram alcançados em relação à Gestão de Riscos em 2018. Ao longo do ano, foram realizadas 4 reuniões do Comitê de Governança, Riscos e Controles (CGRC), composto pelos Diretores, onde foram apresentados a evolução da gestão de riscos na ANS e temas relacionados à governança, como Auditoria Interna, Tecnologia da Informação e Ouvidoria.

Foram ministradas duas novas turmas de capacitação no tema nos meses de maio e outubro, com a presença de 55 servidores, sendo 14 de órgãos convidados (ANA, ANATEL, ANCINE, ANEEL, ANP, ANTAQ, Fundação Biblioteca Nacional, Instituto Benjamin Constant, IBGE, INCA e TRE-RJ).

Em dezembro de 2018, dos 59 processos de avaliação de riscos iniciados, 15 foram finalizados em estão em fase de Acompanhamento, 12 encontravam-se na fase de Documento Preliminar de Avaliação de Riscos, 24 na fase de Execução e 8 na fase de Planejamento.

Outro destaque de 2018 foi o lançamento do Manual de Gestão de Riscos, um guia prático para orientar e difundir a aplicação dessa ferramenta na ANS. O Manual apresenta a metodologia que deve ser utilizada por gestores e colaboradores da ANS, com o objetivo de mitigar riscos e contribuir para a melhoria dos processos internos. Pode, ainda, servir de modelo para demais entidades governamentais. O Manual de Gestão de Riscos e outros documentos relacionados com o tema estão disponíveis no Portal da ANS, em <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/gestao-de-riscos>.

- IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE

Ao longo de 2018, a ANS implantou Programa de Integridade, instituído pelo Decreto 9.203 de 22 de novembro de 2017, designando a unidade responsável pela Gestão da Integridade na Agência, conforme previsto no normativo do Ministério da Transparéncia e CGU (Portaria 1.089, de 25 de abril de 2018).

O Plano de Integridade foi aprovado pelo CGRC e publicado em 30 de novembro, estabelecendo cronograma para elaboração e os procedimentos necessários à estruturação, à execução e ao monitoramento de ações do referido programa.

Nesse sentido, o Plano destaca as seguintes ações pela ANS:

- Definição da Unidade Responsável pelo Plano de Integridade – A Portaria 9.704, de 9 de maio de 2018, atribuiu a Gerência-Geral de Análise Técnica da Presidência as competências da unidade de gestão de integridade no âmbito da ANS, nos termos do § 2º do art. 4º da Portaria n.º 1.089, de 25 de abril de 2018, do Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União;
- Promoção da ética e regras de conduta para servidores - realização do III Seminário para Educação em Ética e Disciplina, conforme link: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4678-iii-seminario-de-educacao-para-etica-e-disciplina>;
- Transparência ativa e acesso à informação – adoção do sistema e-Sic da CGU e abertura dos dados no Portal de Dados Abertos, conforme link: <http://dados.gov.br/organization/agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans>;
- Tratamento de conflitos de interesses e nepotismo - Comissão de Avaliação das Demandas de Conflito de Interesse, Adoção do Sistema SeCI, declaração de ausência de situação de nepotismos para Servidores e Colaboradores;
- Funcionamento de canais de denúncias com a centralização no sistema e-OUV;
- Funcionamento de controles internos e cumprimento de recomendações de auditoria com a adoção do sistema Monitor-Web;
- Procedimentos de responsabilização com adoção dos sistemas CGU-PAD e CGU-PJ; e
- Gestão de riscos para a integridade, seguindo a metodologia do processo de avaliação de riscos da ANS.

● OTIMIZAÇÃO E CONTROLE DOS RECURSOS PÚBLICOS APLICADOS

Para que uma gestão pública seja satisfatória, é necessário que o gestor saiba como e onde aplicar os recursos financeiros para que possa atender às necessidades da população. A otimização e o controle são bases para que haja uma administração eficiente e eficaz, pois devido à escassez de recursos e a constante variação na demanda dos serviços prestados, o administrador precisa definir quais as prioridades a serem consideradas, sem, contudo, esquecer da qualidade e tempestividade na prestação dos serviços. A eficiência é concebida como um processo de trabalho desenvolvido através da menor utilização possível de recursos, a fim de se atingir determinado resultado. É o caminho a ser percorrido, a trajetória que levará ao objetivo final que é a eficácia, levando em consideração a transparência na prestação de contas, tempestividade e qualidade dos serviços prestados à população.

Em 2018, foi estabelecido pela Diretoria de Gestão da ANS - DIGES o Planejamento Estratégico, com a finalidade para readequar os produtos e os serviços contratados às necessidades e às estratégias institucionais, visando otimizar as ações, racionalizar os gastos de todas as naturezas, estimular o planejamento interno das atividades, com a realocação dos recursos.

Com a redução de contratos, unificação das sedes da ANS no Rio de Janeiro e a extinção de contratos, estima-se uma economia de R\$ 7.364.567,33 (sete milhões, trezentos e sessenta e quatro mil, quinhentos e sessenta e sete reais e trinta e três centavos) por ano.

● PROJETO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS NÚCLEOS DA ANS

Em 2018 foi implementado um projeto-piloto de descentralização de atividades dos Núcleos da ANS, com o intuito de utilizar a capacidade operacional dos servidores lotados nos Núcleos para desempenhar funções de competências regimentais dispostas para as demais Diretorias da ANS.

Tal projeto foi possível em razão de todos os esforços realizados em relação aos processos de trabalho da Diretoria de Fiscalização da ANS, principalmente pelo empenho em direção à celeridade, eficiência e efetividade, o que gerou diminuição do acúmulo de atividade nos Núcleos, eliminação do vultoso passivo processual antes existente, aumento da taxa de resolutividade no âmbito da NIP implementação de teletrabalho com exigência de aumento de produtividade.

- **GESTÃO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

Em 2018 a GETI realizou esforços consistentes para aprimorar sua estrutura de governança seguindo as orientações da Portaria n. 19/2017/STI/MPDG, sobre implantação de Governança de TIC nos órgãos e entidades pertencentes ao SISP. Segundo a referida norma, a governança de TIC deve ser implantada em consonância com seis princípios: foco nas partes interessadas, TIC como ativo estratégico, gestão por resultados, transparência, prestação de contas e responsabilização e conformidade.

A GETI buscou pautar todas suas ações em padrões e boas práticas de governança de TIC, tanto internacionais – COBIT, ITIL, PMBOK, ISSO 27001, CMMI, quanto nacionais tais como os Acórdãos do TCU, IN04 e IN01.

Destaca-se que o ano de 2018 está abarcado pelo Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação – PDTIC – 2017/19, que é um desdobramento do processo de planejamento estratégico da ANS, aprovado pela DICOL e dialoga intrinsicamente com as diretrizes gerais da instituição.

- **REVISÃO E FORTALECIMENTO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL, DA GESTÃO DE PROCESSOS, DA GESTÃO DA INOVAÇÃO, DA GESTÃO DE PROJETOS, E IMPLEMENTAÇÃO DO ACORDO DE RESULTADOS;**

O Programa de Qualificação Institucional foi criado em 2006 com o objetivo de avaliar anualmente o desempenho da ANS nos seus processos de trabalho e seus reflexos na saúde suplementar. Ao longo dos anos, seu conceito evoluiu e ele foi reformulado para 2018 com o objetivo de deixar de ser apenas uma avaliação dos processos de trabalho, mas passar a englobar todo o ciclo PDCA (Plan-Do-Act-Check). Dessa forma, ela passa a englobar desde a vinculação dos processos de trabalho (escolhidos para serem avaliados) ao Mapa Estratégico da Agência, passa pelo monitoramento e análise dos resultados alcançados e chega até a fase de definir e implantar melhorias e transformações necessárias a fim de garantir não só processos de trabalhos mais eficientes, mas que o foco do cliente seja central na viabilização das mudanças de paradigma necessárias.

O ano de 2018 já contemplou uma lista de 22 indicadores que se mostrou uma evolução em relação aos anos anteriores, mas que ainda necessita de maior aprimoramento, o que está planejado para ocorrer em 2019, quando novos indicadores serão construídos a partir dos objetivos do novo Mapa Estratégico da ANS.

Também foi criada e encaminhada para a Diretoria Colegiada uma minuta de Resolução Administrativa a fim de dar conta do novo formato do Programa (apreciada em dezembro de 2018). Outro avanço que se teve neste ano foi a eliminação de retrabalho a partir do momento em que parte dos indicadores do Programa passou a ser utilizada para compor o Contrato de Gestão firmado entre a Agência e o Ministério da Saúde.

Paralelamente à evolução dos indicadores, também houve avanços no mapeamento dos processos de trabalho da Agência. Em 2018, foram mapeados 45 processos (ou subprocessos) de trabalho sob demanda. No final do ano, após consulta a todas as unidades da Agência, foi construída uma lista a fim de identificar e priorizar todos os processos e subprocessos de trabalho da ANS para que, a partir de 2019, o mapeamento seja realizado não mais sob demanda, mas de acordo com as prioridades definidas.

O mapeamento evoluiu não só numericamente, mas qualitativamente: novas informações passaram a ser incorporadas no mapeamento “as is”, os fluxos e manuais dos processos de trabalho passaram a ser disponibilizados numa página da intranet em formato navegável e caminhou-se no sentido de se aproximar da gestão por processos. Um dos principais pontos nesse sentido é o início do trabalho de melhoria/transformação dos processos. Em 2018, foi realizada capacitação da equipe técnica e estruturado o método que começará a ser aplicado já no início de 2019. A partir dos resultados do Programa de Qualificação Institucional e de diagnósticos da área responsável pelo Programa ou da área responsável pelo processo de trabalho, será realizada oficina de design thinking a fim de entender o(s) problema(s) e suas causas, definir e prototipar a(s) solução(ões) e iniciar um projeto de implementação das mudanças acordadas.

Todas as etapas de inovação estão sendo tratadas no âmbito do INOVA ANS, que é mais amplo, uma vez que não trata somente de inovação em processos de trabalho, mas em projetos, ações pontuais, serviços, etc. O INOVA ANS realizou sua primeira oficina em 2018 a fim de tratar a seguinte questão “Como definir critérios e temas de pesquisa para a ANS?” O resultado foi um projeto de criação da Agenda de Pesquisa da ANS, com uma série de critérios definidos a fim de garantir que os temas selecionados estejam de acordo com o planejamento estratégico da ANS, que tenham aplicabilidade e que haja alinhamento com a política de capacitação.

Os projetos que foram construídos a parte dessas oficinas de inovação, assim como todos os demais projetos da Diretoria de Gestão estão seguindo a metodologia de Canvas proposta pela CQINS. Todos os projetos e mais alguma ações importantes da Diretoria passaram a ser acompanhadas através do Acordo de Resultados, que é um instrumento de desdobramento da estratégia, um plano setorial alinhado ao Mapa Estratégico da Agência, cujo objetivo é possibilitar a pactuação dos resultados esperados da DIGES e fornecer um panorama do andamento dos projetos e ações necessários ao alcance desses resultados.

O Programa de Qualificação Institucional, a gestão por processos, a inovação e a gestão de projetos eram pontas soltas que passaram a caminhar juntas com o objetivo maior de qualificar o trabalho da Agência.

- **AVANÇOS NO SISTEMA ELETRÔNICO DE INFORMAÇÕES - SEI**

Em outubro de 2018, a ANS publicou o SEI-Broker no Portal de Software Público Brasileiro (SPB), mantido pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG).

O Portal permite o aprimoramento de aplicações de modo colaborativo, através de modelo baseado em software livre. A colaboração se dá mediante o ingresso na lista de demandas para discussão e acesso aos códigos fonte e, em caso de alteração, a publicação do novo código deve ser feita no próprio Portal SPB.

O termo service broker, ou corretagem de serviços, é uma função de TI utilizada para agregar valor a um ou mais serviços de tecnologia, sejam eles públicos, privados ou híbridos. O SEI-Broker é, portanto, um agregador de serviços do SEI e pode ser definido como uma camada de aplicação desenvolvida sob a arquitetura de serviço web.

Executada dentro do ambiente da ANS, a aplicação permite a integração entre os sistemas corporativos da agência e o SEI, através de protocolos simples que permitem o acesso eficiente e estável às bases de dados SEI.

Além de intermediar todas as funcionalidades do SEI, o Broker também incrementou novas funcionalidades. Dentre elas, destacam-se a consulta das cidades brasileiras pelo código do IBGE, a consulta às principais informações de processos do SEI e do antigo sistema de protocolo, a listagem de todos os documentos de um determinado processo, incrementos nos filtros nas pesquisas de processos, bem como melhorias na interface com o SEI++, entre outras.

Esses incrementos possibilitaram avançar na implantação do ANS Digital, reduzindo praticamente a zero a abertura de processos físicos e tornando a Agência mais sustentável ambientalmente.

Para 2019 estão previstas mais inovações com a aprovação da Resolução Normativa do Processo Eletrônico, a publicação do Hot Site ANS Digital, o Manual de Procedimentos, bem como a entrada em produção dos módulos de Pesquisa Pública, Peticionamento Eletrônico, Relacionamento Institucional, Controle Litigioso, dentre outros.

- **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 7 - ESPAÇO ABERTO – 2006 A 2018

Ano	Eventos	Participantes	Média de Participantes por Evento
2018	17	596	35
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	-
2006/2016	273	6.542	33

De 2006 a 2018, foram realizados 273 encontros. De 2009 - quando o número de participantes começou a ser registrado - até 2017, o Espaço Aberto contou com 6.542 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 2018 é informada na tabela a seguir.

TABELA 8 - EVENTOS INSTITUCIONAIS EM 2018

Eventos Institucionais 2018					
Título Do Evento	Cidade	Dia(s)	Mês	Público Final	Externo / Interno
Encontro com Diretores Técnicos	Rio de Janeiro	16 e 17	janeiro	12	interno
Treinamento dos Supervisores do Atendimento dos Núcleos	Rio de Janeiro	16 a 18	janeiro	28	interno
Reunião com as entidades acreditadoras	Rio de Janeiro	17	janeiro	14	interno
Reunião do Grupo Técnico de Acreditação	Rio de Janeiro	24	janeiro	41	interno
Café Colaborativo - 18 anos ANS	Rio de Janeiro	30	janeiro	100	interno
GT Modelos de Remuneração - Subgrupo dos Profissionais da Saúde	Rio de Janeiro	31	janeiro	40	interno
GT Modelos de Remuneração - Subgrupo Atenção Especializada/SADT	Rio de Janeiro	31	janeiro	41	interno
GT Modelos de Remuneração - Subgrupo Atenção Hospitalar	Rio de Janeiro	1º	fevereiro	31	interno
Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos	Rio de Janeiro	6	fevereiro	98	externo
I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde	Brasília	27/2 a 2/3	fevereiro	2000	externo

Eventos Institucionais 2018

Título Do Evento	Cidade	Dia(s)	Mês	Público Final	Externo / Interno
20ª Reunião do COSAÚDE	Rio de Janeiro	5	março	42	interno
Planejamento do Primeiro Semestre	Rio de Janeiro	6	março	92	externo
Reunião da Comissão Permanente de Solvências	Rio de Janeiro	6	março	38	interno
I Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública	Rio de Janeiro	11 a 15	março	4000	externo
Grupo Técnico de Modelos de Remuneração - 9ª Reunião	Rio de Janeiro	15	março	82	externo
93ª CAMSS	Rio de Janeiro	26	março	52	externo
II Encontro com Diretores Técnicos	Rio de Janeiro	17 e 18	abril	12	interno
Treinamento sobre Ressarcimento ao SUS	Belo Horizonte	24 e 25	abril	20	externo
Reunião do Comitê Contábil	Rio de Janeiro	26	abril	30	interno
Agenda para o Desenvolvimento Setorial: Eixo de estímulo e indução à qualidade	Rio de Janeiro	26	abril	155	externo

Eventos Institucionais 2018

Título Do Evento	Cidade	Dia(s)	Mês	Público Final	Externo / Interno
Audiência Pública sobre Governança Corporativa para Capital baseado em Risco na Saúde Suplementar	Rio de Janeiro	4	maio	68	externo
Capacitação Interna - Curso Gestão de Riscos: Processo de Avaliação de Riscos	Rio de Janeiro	15, 16 e 17	maio	30	interno
25ª Edição da Feira Hospitalar	São Paulo	22 a 25	maio	9000	externo
Encontro ANS - Sul	Florianópolis	28 e 29	maio	250	externo
Reunião da Comissão Permanente de Solvência	Rio de Janeiro	4	junho	30	externo
V Semana de Orientação aos Consumidores de Planos de Saúde	Belém	8	junho	indefinido	externo
Audiência Pública n.º 09 - Incentivos econômico-financeiros para as operadoras setoriais em prol da geração de valor para os beneficiários	Rio de Janeiro	12	junho	73	externo
94ª CAMSS	Rio de Janeiro	28	junho	53	externo
III Encontro com Diretores Técnicos	Rio de Janeiro	4 e 5	julho	13	interno
Audiência Pública sobre Reajuste de Planos de Saúde	Rio de Janeiro	24 e 25	julho	113	externo
CONASEMS 2018	Belém	25 a 27	julho	4000	externo
21 ª Reunião COSAÚDE	Rio de Janeiro	6	Agosto	38	interno
Reunião do Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial - COTAQ	Rio de Janeiro	10	agosto	61	externo

Eventos Institucionais 2018

Título Do Evento	Cidade	Dia(s)	Mês	Público Final	Externo / Interno
“Ouvindo os contratantes: como os grandes consumidores de planos de saúde podem participar das decisões regulatórias? ” Tema: Aspectos regulatórios dos planos coletivos empresariais	Rio de Janeiro	30	agosto	121	externo
54º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical – Medtrop	Olinda	2 a 5	setembro	2000	externo
Audiência Pública sobre Mecanismos Financeiros de Regulação: Coparticipação e Franquia	Rio de Janeiro	4 e 5	setembro	165	externo
Audiência Pública nº 12	Rio de Janeiro	14	setembro	50	externo
95ª CAMSS	Rio de Janeiro	25	setembro	52	externo
Análise do Impacto Regulatório no Processo Decisório da ANS	Rio de Janeiro	10	outubro	83	externo
III Seminário de Educação para Ética e Disciplina	Rio de Janeiro	17	outubro	127	externo
Reunião com Chefes de Núcleo da ANS	Rio de Janeiro	17	outubro	20	interno
Encontro Parceiros da Cidadania	Rio de Janeiro	17 e 18	outubro	38	interno
Capacitação Interna - Curso Gestão de Riscos: Processo de Avaliação de Riscos	Rio de Janeiro	29,30,31	outubro	32	interno

Eventos Institucionais 2018

Título Do Evento	Cidade	Dia(s)	Mês	Público Final	Externo / Interno
Reunião da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores	Rio de Janeiro	30	outubro	42	interno
Audiência Pública sobre Reajuste de Planos de Saúde	Rio de Janeiro	13	novembro	144	externo
Oficina IDSS para operadoras de Planos de Saúde	Rio de Janeiro	23	novembro	168	externo
Reunião com o Hospital Moinhos de Vento	Rio de Janeiro	27 e 28	novembro	11	interno
Cerimônia de Premiação - Concurso de Monografia	Rio de Janeiro	28	novembro	61	externo
Encontro ANS - Nordeste	Natal	4, 5 e 6	dezembro	210	externo
Reunião com os chefes de Núcleos	Rio de Janeiro	13	dezembro	18	interno
96ª CAMSS	Rio de Janeiro	17	dezembro	86	externo
Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores - CATEC	Rio de Janeiro	20	dezembro	37	interno

Entre os eventos realizados, destacam-se dois eventos externos com temas importantes para os consumidores, quais sejam: V Semana de Orientação aos Consumidores de Planos de Saúde e “Ouvindo os contratantes: como os grandes consumidores de planos de saúde podem participar das decisões regulatórias?”. Outro evento importante foi o “Análise de Impacto Regulatório e o processo de qualificação da tomada de decisão nas Agências Reguladoras Brasileiras”, promovido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que abordou as necessidades regulatórias e aprofundou a análise sobre as possibilidades de criação de novas regras para os mercados regulados.

- 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 2018 são apresentadas a seguir.

DIA MUNDIAL DA SAÚDE

SAÚDE UNIVERSAL: PARA TODOS, EM TODOS OS LUGARES

A campanha do Dia Mundial da Saúde de 2018, comemorado em 07/04, teve como lema “Saúde universal: para todos, em todos os lugares”. O principal objetivo foi aumentar a conscientização sobre a necessidade de acesso à saúde universal e seus benefícios para a população. Com a campanha, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou a importância da atenção primária à saúde, forte e qualificada, como caminho para a cobertura universal. A ANS, desde a sua criação, em 2000, vem atuando para promover a integralidade da atenção à saúde e o compromisso com a promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo o risco de doenças.

SE VOCÊ TEM PLANO DE SAÚDE, VOCÊ TEM DIREITO

CAMPAÑHA PARA ESCLARECER DIREITOS DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

Nos meses de maio e junho, a Agência veiculou campanha publicitária de utilidade pública, voltada à conscientização dos beneficiários de planos de saúde. A proposta foi estimular o protagonismo do consumidor, de forma que ele conheça cada vez mais seus direitos e saiba como reivindicá-los.

A campanha foi divulgada nas redes sociais e em rádios de notícias com alcance nacional, priorizando a disseminação de conteúdo de forma objetiva e respeitando os prazos do ano eleitoral. Nessas mídias, foram selecionados três temas relevantes que são inerentes aos direitos do consumidor e assegurados por lei: garantia de atendimento, informação de qualidade e fiscalização do serviço prestado.

Com a utilização da hashtag #SeusDireitos, a ANS objetivou incentivar o beneficiário de plano de saúde na busca e no compartilhamento de informações verídicas sobre seus direitos relacionados à contratação do plano de saúde.

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. Atenta à necessidade de melhorias na atenção oncológica aos beneficiários de planos de saúde no país, a ANS desenvolve o Projeto Oncorede, que propõe um conjunto

de ações integradas para reorganizar e aprimorar a prestação dos serviços de saúde para pacientes com câncer no Brasil.

NOVEMBRO AZUL

COMBATE AO CÂNCER DE PRÓSTATA

Em 2018, a ANS aproveitou o mês de novembro para reforçar orientações sobre a prevenção do câncer de próstata, aderindo à campanha Novembro Azul. Atenta à necessidade de melhorias na atenção oncológica aos beneficiários de planos de saúde no país, a ANS desenvolve o Projeto Oncorede, que propõe um conjunto de ações integradas para reorganizar e aprimorar a prestação dos serviços de saúde para pacientes com câncer no Brasil.

Atualmente, participam do projeto 21 operadoras e 20 prestadores de serviços. Deste total, 11 estão implementando projetos que contemplam o cuidado ao paciente com câncer de próstata.

O modelo recomendado pela ANS inclui um conjunto de ações integradas capazes de reorganizar, estimular a integração e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica no país, com um sistema de saúde organizado e responsável. Um diagnóstico mais preciso da situação atual do cuidado oncológico, o estímulo à adoção de boas práticas na atenção ambulatorial e hospitalar e melhorias nos indicadores de qualidade da atenção ao câncer na saúde suplementar são os resultados buscados no projeto.

DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE SARAMPO

APOIO À CAMPANHA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em dezembro, a Agência aderiu à campanha do Ministério da Saúde e promoveu uma ação junto às operadoras de planos de saúde para disseminação de informações sobre o sarampo e seu correto combate. O objetivo era estimular o engajamento das operadoras na divulgação de orientações aos seus beneficiários e no estímulo aos prestadores de suas redes credenciadas quanto à notificação dos casos suspeitos de sarampo às secretarias de saúde locais. As operadoras também foram estimuladas a realizar campanhas de esclarecimento junto aos seus beneficiários alertando sobre os principais sintomas da doença e a necessidade de imunização.

CAMPANHA “A HORA DO BEBÊ: PELO DIREITO DE NASCER NO TEMPO CERTO”

CAMPANHA DA ANS INSERIDA NO PROJETO PARTO ADEQUADO

Em novembro de 2018, a ANS lançou a campanha “A hora do bebê: Pelo direito de nascer no tempo certo”, um alerta contra a tendência de antecipação de cesarianas nos finais de ano, em razão das festas de Natal e Ano Novo. Dados da ANS sobre partos realizados por beneficiárias de planos de saúde revelam que há redução de cesarianas no final de dezembro e aumento no período anterior ao Natal. Em 2017, a média de cesarianas na semana de 24 a 31 de dezembro foi 20% menor do que a média semanal do ano, enquanto a média entre 16 e 23 de dezembro foi 9% maior do que a média anual. Em 2016, houve diminuição de aproximadamente 40% no número de cesáreas realizadas no período de 24 a 31 de dezembro, comparado com a média semanal de cesarianas.

ANEXO

I - RESOLUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2018

Nº RN	Data DOU	Assunto
433 (Revogada)	28/06/2017	Dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparéncia 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; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que 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 dá outras providências.
434	04/09/2018	Revoga a Resolução Normativa – RN nº 433, de 27 de junho de 2018, que dispõe sobre os mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparéncia 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; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que 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 dá outras providências.
435	27/11/2018	Dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde; acrescenta, altera e revoga dispositivos da Resolução Normativa - RN nº 173, de 10 de julho de 2008, que dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS, e revoga a RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012.
436	03/12/2018	Altera a RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências e a RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde aos seus prestadores de serviço de atenção à saúde.
437	05/12/2018	Altera a Resolução Normativa - RN nº 254, de 05 de maio de 2011, que dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999.
438	05/12/2018	Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa - 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, e revoga os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN nº 252, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências.
439	12/12/2018	Dispõe sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Nº RN	Data DOU	Assunto
440	14/12/2018	Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.
441	20/12/2018	Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
442	21/12/2018	Altera a Resolução Normativa - RN nº 393, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

II - INSTRUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2018

Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
54/DIPRO	07/02/2018	Acrescenta o art. 7º-A na Instrução Normativa – IN nº 46, de 3 de outubro de 2014, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, que dispõe sobre as solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução.
55/DIPRO	08/02/2018	Altera as Instruções Normativas - IN nº 49, de 22 de dezembro de 2016, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, que dispõe sobre as medidas administrativas decorrentes da avaliação das operadoras de planos de assistência à saúde no Monitoramento do Risco Assistencial, e IN nº 53, de 18 de julho de 2017, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, que Regulamenta a visita técnico-assistencial para identificação de anormalidades assistenciais nas operadoras de planos de assistência à saúde.
56/DIPRO	05/12/2018	Dispõe sobre as faixas de preço para fins de portabilidade de carências e migração, regulamentados, respectivamente, pela Resolução Normativa - RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018 e pela RN nº 254, de 5 de maio de 2011; e revoga a Instrução Normativa-IN nº 19, de 3 de abril de 2009, da DIPRO, a IN nº 30, de 28 de abril de 2011, da DIPRO e a IN nº 41, de 5 de dezembro de 2012, da DIPRO.

III – RESOLUÇÕES REGIMENTAIS PUBLICADAS EM 2018

Nº RR e Diretoria	Data DOU	Assunto
04/DICOL	08/03/2018	Altera os Anexos I, III e VIII da Resolução Regimental –RR nº 1, de 17 de março de 2017, que institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
05/DICOL	16/04/2018	Altera os Anexos I da Resolução Regimental –RR nº 1, de 17 de março de 2017, que institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
06/DICOL	10/10/2018	Altera os Anexos I e VI da Resolução Regimental –RR nº 1, de 17 de março de 2017, que institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
07/DICOL	21/12/2018	Altera os Anexos I 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 2018

Não foram publicadas Súmulas Normativas em 2018.

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



Disque ANS
0800 701 9656



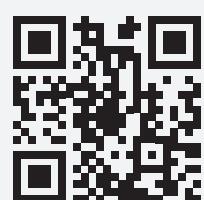
Central de Atendimento
www.ans.gov.br



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](https://www.facebook.com/ansreguladora)



@ANS_reguladora



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans-reguladora)



[ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)