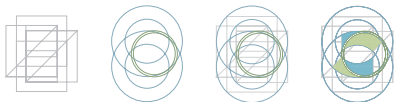


RELATÓRIO DE GESTÃO 2013/2014





Elaboração, distribuição e informações:

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84, Glória
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro – RJ
Tel.: +5521 2105 0000
Disque ANS: 0800 701 9656
<http://www.ans.gov.br>

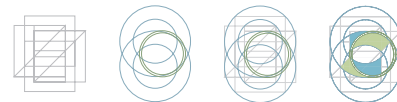
www.facebook.com/ans.reguladora
www.twitter.com/ans_reguladora
www.youtube.com/ansreguladora
www.slideshare.net/ans_reguladora

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

Projeto Gráfico:
Gerência de Comunicação Social – GCOMS/GAB/PRESI

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



Diretoria Colegiada da ANS no período 2013/2014:

André Longo Araújo de Mello

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

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

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

Bruno Sobral de Carvalho

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

Diretor da Diretoria de Fiscalização a partir de 29/08/2013 até 31/03/2014

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

Eduardo Marcelo de Lima Sales

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

Elano Rodrigues de Figueiredo

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

José Carlos de Souza Abrahão

Diretor da Diretoria de Gestão a partir de 15/05/2014

Leandro Reis Tavares

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

Diretor Interino da Diretoria de Gestão a partir de 18/10/2013 até 14/05/2014

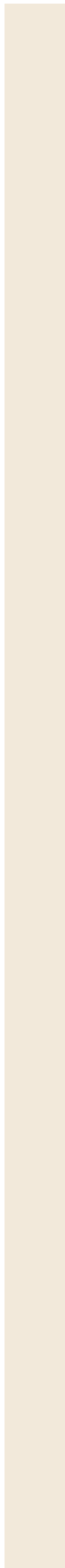
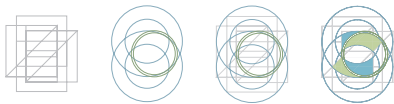
Diretor Interino da Diretoria de Desenvolvimento Setorial de 01/04/2014 até 21/08/2014

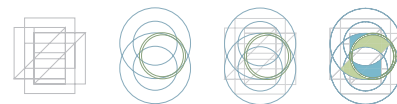
Martha Regina de Oliveira

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

Simone Sanches Freire

Diretora da Diretoria de Fiscalização a partir de 12/05/2014





APRESENTAÇÃO

Este é o relatório do período de gestão de 2013-2014 da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Aqui procuramos organizar e sintetizar todos os esforços empreendidos e os avanços conquistados neste período pelos servidores, colaboradores e diretores que trabalharam na ANS.

O setor de Saúde Suplementar enfrenta desafios como o envelhecimento e a longevidade da população; a incorporação tecnológica; o modelo de pagamento a prestadores que privilegia o consumo; a cultura de tratamento de doenças desprovida de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças; a heterogeneidade concorrencial; e a velocidade de ampliação do mercado.

Estes desafios estão sendo enfrentados com determinação, com conhecimento técnico e com o apoio da sociedade brasileira, que passou a reconhecer mais e mais, na ANS, uma instituição voltada para fazer garantir o acesso e a qualidade assistencial aos beneficiários de planos de saúde; para incentivar a excelência gerencial das operadoras; e para solidificar a sustentabilidade do setor de planos privados de assistência à saúde.

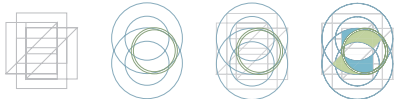
Aqui não poderia deixar de fazer referência a todas as gestões anteriores da ANS, que deixaram um legado de realizações, que sob todos os prismas, contribuíram para o fortalecimento da ANS e a regulação deste setor.

As ações empreendidas pela ANS para o enfrentamento dos desafios são apresentadas neste relatório do período de gestão 2013-2014. O documento é organizado em quatro partes e um anexo. A primeira parte descreve as competências, a estrutura básica, o marco legal e as principais atribuições da Agência. A segunda parte traz eixos, ações e projetos da Agenda Regulatória 2013/2014.

O cerne da atividade regulatória da ANS está na terceira parte – a dos avanços conquistados no período de 2013-2014, organizados em grandes focos de atuação da Agência, quais sejam: Monitoramento das operadoras; Acesso e qualidade assistencial; Sustentabilidade do setor; Integração com o SUS; Fiscalização e Articulação setorial; Participação social; e Acesso à Informação.

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

Por fim, no anexo, estão listadas as Resoluções Normativas e as Instruções Normativas publicadas pela Agência em 2013 e 2014.



Destaque-se que a quase totalidade do conteúdo utilizado neste relatório está disponível no portal da ANS, na internet. Ressalte-se também que este documento não esgota todas as atividades desenvolvidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2013 e 2014.

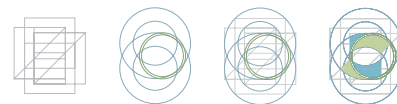
Encerrando, agradeço o apoio do Ministério da Saúde nas ações empreendidas na ANS, nas pessoas do ministro Alexandre Padilha e do ministro Arthur Chioro. Deixo esta mensagem, que traduz o espírito daqueles que diariamente fazem valer a atividade regulatória da saúde suplementar, com desafios, persistência e resistência em busca de objetivos nem sempre fáceis:

*“Até o fim
não, não pares.
é graça divina
começar bem.
Graça maior,
persistir na caminhada certa.
manter o ritmo...
mas a graça das graças
é não desistir.
Podendo ou não podendo,
caindo, embora, aos pedaços,
chegar até o fim...”*

(Dom Helder Câmara)

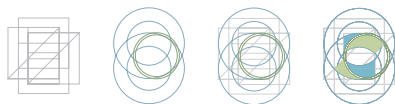
Boa leitura!

André Longo Araújo de Melo
Diretor Presidente da ANS



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
I - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	17
II – AGENDA REGULATÓRIA 2013/2014	23
III – AVANÇOS REGULATÓRIOS - FOCOS	37
1.Monitoramento das Operadoras	39
1.1 Medida cautelar de proteção ao consumidor: monitoramento da garantia de atendimento	39
1.2 Monitoramento econômico-financeiro	43
1.3 Monitoramento do Risco Assistencial	46
1.4 IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar	47
1.5 A inovação dos dados integrados da Qualidade Setorial	52
1.6 Índice de Reclamações	53
1.7 Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS INDICADORES	53
1.8 Pesquisa de satisfação do consumidor	54
2.Acesso e Qualidade Assistencial	57
2.1 Regras para a remoção de pacientes de planos de saúde com cobertura hospitalar	57
2.2 Obrigatoriedade de informar por escrito aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista	58
2.3 Revisão e ampliação do rol de procedimentos e eventos em saúde	58
2.4 Qualificação de profissionais e estabelecimentos de saúde – QUALISS DIVULGAÇÃO	61
2.5 Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças – PROMOPREV	64
2.6 Incentivo ao parto normal	66
2.7 Acordo de Cooperação Técnica - Atenção Básica e Atenção ao Idoso	70
2.8 2ª edição do Laboratório de Inovação em Saúde Suplementar	71
2.9 Espaço Você Saudável: ampliação do conteúdo	72
2.10 Programa de Acreditação de operadoras de planos de saúde	74
2.11 Câmara Técnica de Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes	74
2.12 Livro Avanços da Oncologia na Saúde Suplementar	75
2.13 Campanha de combate ao sedentarismo	76



3. Sustentabilidade do Setor 77

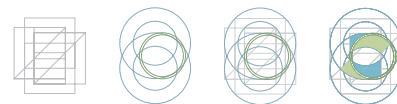
3.1 Regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014 - obrigatoriedade de substituir os prestadores de serviços de saúde descredenciados; de comunicar previamente ao beneficiário o descredenciamento; e obrigatoriedade de inclusão de regras de reajuste nos contratos entre prestadores de serviços de saúde e operadoras.	77
3.2 1ª Audiência Pública da ANS - Boas práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde	79
3.3 Estudos sobre a implantação dos princípios de Governança Corporativa no setor	79
3.4 Estudos sobre o impacto atual da regulação prudencial no setor e sobre modelos alternativos	80
3.5 Implementação dos procedimentos de adequação econômico-financeira (PAEF).	80
3.6 Nova oportunidade de adesão ao Programa de Conformidade Regulatória	81
3.7 Divulgação da apuração prévia dos recursos próprios mínimos	81
3.8 Agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação de reajuste – Pool de Risco	81
3.9 Projeto de ampliação da eficácia na divulgação da rede credenciada das operadoras aos beneficiários	82
3.10 Seminário sobre mudanças no perfil da população brasileira	82

4. Integração com o SUS 85

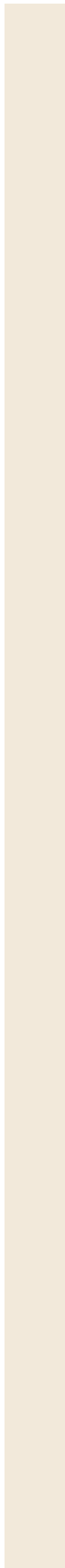
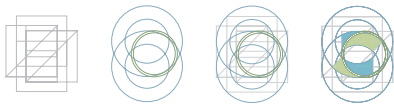
4.1 Ressarcimento ao SUS	85
4.2 PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS	88
4.3 Listagem das operadoras inadimplentes com o ressarcimento ao SUS no portal da ANS	89
4.4 Mapa inédito do uso do sistema público por beneficiários da saúde suplementar	90
4.5 Número do Cartão Nacional de Saúde	91
4.6 Identificação Padronizada para uso pelos beneficiários de planos de saúde	92
4.7 Sistema COMPROVA no portal da ANS	93
4.8 Registro eletrônico de saúde (RES)	93

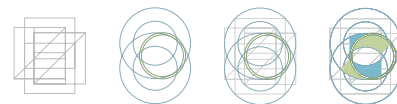
5. Fiscalização e Articulação Setorial 95

5.1 Mediação de conflitos também para demandas não assistenciais	95
5.2 Disque ANS	97
5.3 Acompanhamento das reclamações no portal da ANS	99
5.4 Obrigatoriedade de criação de Ouvidoria pelas operadoras	100
5.5 Aumento substancial na cobrança e arrecadação de multas por auto de infração	101
5.6 Consulta às decisões de segunda instância são facilitadas	101
5.7 Contribuição para entendimentos jurídicos sobre direito à saúde	102
5.8 Ferramentas para subsidiar magistrados em litígios de saúde	102
5.9 Semana de orientação aos beneficiários de planos de saúde em Belém do Pará	103
5.10 Parceiros da Cidadania	103
5.11 Grupos de Trabalho em articulação com o Poder Executivo e Judiciário	104



6.Participação Social	105
6.1 Câmara de Saúde Suplementar	105
6.2 Ouvidoria da ANS	105
6.3 Consultas Públicas	107
6.4 Audiências Públicas	108
6.5 Câmaras e Grupos Técnicos	108
6.6 Participação em Audiências Públicas no Poder Legislativo Federal	110
7.Acesso à Informação	113
7.1 Um padrão de informações para uso pelo beneficiário de plano de saúde	113
7.2 Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS)	114
7.3 Novo portal da ANS	114
7.4 ANS nas mídias sociais	116
7.5 Espaço da Qualidade	117
7.6 Campanhas com foco no consumo consciente e no acesso de idosos aos planos de saúde	118
7.7 Atualização do Guia Prático de Planos de Saúde	119
7.8 Cartilha Cartões de desconto e pré-pago não são planos de saúde	120
7.9 Produção Editorial em 2014	121
7.10 Carta de Serviços revista e atualizada	122
7.11 Cadastro Nacional de Especialistas identifica atuação médica	123
7.12 Produção de seminários para a imprensa	123
7.13 Lei de Acesso à Informação	123
IV - DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA	127
1. Política de Gestão de Riscos	129
2. Governança Regulatória	130
3. Ingresso de servidores efetivos e temporários	131
4. Planejamento Estratégico Participativo	131
5. Programa de Sustentabilidade Socioambiental	133
6. Um Espaço Aberto para a interação e o conhecimento	134
7. Intranet da ANS ganha prêmio de abrangência nacional	135
ANEXO	137
1. Resoluções Normativas publicadas em 2013	137
2. Instruções Normativas publicadas em 2013	139
3. Resoluções Normativas publicadas em 2014 – até 15/12/2014	140
4. Instruções Normativas publicadas em 2014– até 15/12/2014	142





INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o Território Nacional na regulação, na normatização, no controle e na fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde.

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.

A regulação deste setor incide diretamente sobre 50,5 milhões de consumidores com planos de assistência médica - o que significa que um em cada quatro habitantes do país tem plano privado de saúde com assistência médica. Os planos exclusivamente odontológicos cobrem 21,3 milhões de consumidores, com uma taxa de cobertura de pouco mais de 10% da população brasileira.

Atuam no país 1.433 operadoras, sendo 928 médico-hospitalares; 383 exclusivamente odontológicas; e 122 administradoras benefícios. No total, são 51.963 planos de assistência médica e 4.561 exclusivamente odontológicos.

Em 2013, os planos privados de saúde realizaram 51,8 milhões de terapias, 262,2 milhões de consultas médicas, 8 milhões de internações e 709,2 milhões de exames complementares.

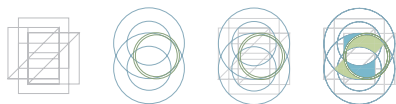
Em 2014, no primeiro semestre, os planos privados de saúde realizaram 26,8 milhões de terapias; 133,6 milhões de consultas médicas; 3,8 milhões de internações; e 565,7 milhões de exames complementares.

A amplitude das atividades do setor se traduz também pela receita de contraprestações (mensalidades) das operadoras médico-hospitalares, que atingiu R\$ 108,2 bilhões em 2013. Em 2013, a despesa assistencial correspondeu a R\$ 90,6 bilhões, com 83,7% de sinistralidade (proporção da despesa em relação à receita), e a receita média por beneficiário foi R\$168,99. As operadoras exclusivamente odontológicas apresentaram receita de R\$ 2,4 bilhões, com R\$ 1,1 bilhão de despesa assistencial, sinistralidade de 45,6% e receita média mensal de R\$ 12,66.

Até o terceiro trimestre de 2014, a receita das operadoras médico-hospitalares foi de R\$ 91,3 bilhões, a despesa assistencial correspondeu a R\$77,4 bilhões, com uma sinistralidade de 84,8% e receita mensal por beneficiário de R\$ 188,08. Já as operadoras exclusivamente odontológicas apresentaram receita de R\$ 1,7 bilhão, com R\$ 785,6 milhões de despesa assistencial, sinistralidade de 45,4% e receita média mensal de R\$ 12,78.

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

Entre os principais avanços conquistados pela ANS, em 2014, destacam-se seis: i) a consolidação do monitoramento e da suspensão cautelar da comercialização de planos de saúde por descumprimento dos prazos e por negativas infundadas de cobertura; ii) o enorme incremento nos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS); iii) o substancial aumento no pagamento das multas por auto de infração, pelas operadoras; iv) a implementação bem sucedida das ouvidorias nas estruturas das operadoras de planos de saúde; v) a cobertura obrigatória dos planos de assistência médica para os tratamentos antineoplásicos de uso oral (37 medicamentos orais para tratamento de câncer para 54 indicações médicas); e vi) a regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014, com novas regras para os contratos entre operadoras e prestadores de serviços em todo o país.



Desde 2012, foram 11 ciclos de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que resultaram em nove medidas de suspensão da comercialização de planos de saúde. Entre 2013 e novembro de 2014, a ANS divulgou sete ciclos e ampliou os motivos de reclamações que podem resultar em suspensão do plano, incluindo as situações de negativa infundada de cobertura. A Agência consolidou em 2013 e 2014 o monitoramento da garantia de atendimento. Este monitoramento conquistou ampla adesão da sociedade, e contribui, sem dúvida, para uma maior proteção aos direitos dos beneficiários de planos de saúde; para um maior conhecimento da ANS pelos consumidores; bem como, para a indução de condutas responsáveis e atentas aos direitos dos consumidores, por parte das operadoras.

Em 2013, o ressarcimento ao SUS realizado pelas operadoras foi de R\$ 183 milhões, totalizando R\$ 322 milhões, de 2011 a 2013, valor foi duas vezes superior aos R\$ 125 milhões ressarcidos de 2001 a 2010. De janeiro a novembro de 2014, o montante pago pelas operadoras à ANS foi de R\$ 315,18 milhões, o que representa um aumento de 82% em relação ao valor total ressarcido em 2013. A arrecadação no período de 2011 a 2014 foi de R\$ 673,66 milhões. O crescimento dos valores restituídos deve-se ao aperfeiçoamento de processos de gestão da ANS, contratação de servidores e inscrição das operadoras em dívida ativa.

Nessa linha, em 2014, até o mês de novembro, foram encaminhados R\$ 189,64 milhões para a dívida ativa. De 2011 a novembro de 2014 este valor foi da ordem de R\$ 510,71 milhões, recursos que estão sendo cobrados via Judiciário, pela União.

Em julho de 2014, a ANS iniciou também a divulgação em seu portal na internet, do cadastro positivo das operadoras que efetivamente pagam o ressarcimento ao SUS.

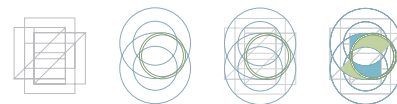
Um importante avanço implementado em 2014 foi a ampliação do número de pessoas que possuem o número do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) preenchido na base de dados da ANS. Atualmente são 42,3 milhões de indivíduos identificados com planos de saúde. Destes, 23 milhões (55%) contam com número do Cartão SUS. Para agilizar o processo de emissão destes números aos beneficiários de planos, o Ministério da Saúde disponibilizou aplicativo que permite que as operadoras executem, em lote, a busca e emissão de números do Cartão para seus beneficiários. As operadoras terão o prazo de 180 dias para informar ao beneficiário o número do Cartão SUS. Esta identificação ajudará a construir uma base nacional de informações para a saúde, aprimorando a gestão da assistência à saúde no país.

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

Os consumidores também podem consultar os seus dados informados pelas operadoras à ANS no portal da Agência por meio do COMPROVA, que contém os dados cadastrais do beneficiário.

A ANS reduziu drasticamente o tempo de tramitação dos processos em segunda instância e a cobrança das respectivas multas às operadoras. Também aumentou em mais de quatro vezes a arrecadação de multas por auto de infração, passando de R\$ 27,2 milhões em 2012, para R\$ 124,4 milhões em 2014. Além das medidas gerenciais, houve também um importante incentivo para as operadoras quitarem seus débitos: o Programa de Conformidade Regulatória, por meio do qual as operadoras com histórico de regularidade no cumprimento da regulação, passaram a ter maior autonomia na gestão dos recursos financeiros, por meio da livre movimentação dos ativos garantidores das provisões técnicas.

Contribuiu também para o incremento da arrecadação o incentivo trazido pela reabertura do parcelamento



extraordinário. Com base na Lei nº 12.996, de 2014, alterada pela Lei nº 13.043, de 2014, foram concedidos parcelamentos, pagamentos à vista e pagamento da antecipação da dívida com benefícios.

A implementação de ouvidorias pelas operadoras foi um sucesso regulatório. Atualmente, 98% dos beneficiários de planos de saúde contam com serviços de ouvidorias em suas operadoras. Esta medida, voltada para o consumidor visa à facilitar o acesso dos consumidores ao que foi contratado junto às operadoras. Seu propósito é reduzir os conflitos entre os consumidores e a operador, restabelecendo a credibilidade na relação com os clientes.

Por este trabalho, a ANS foi contemplada com uma Menção Honrosa conferida pelo Prêmio de Ouvidorias Brasil - 2014, promovido pela Associação Brasileira das Relações Empresa-Cliente (ABRAREC) e pela revista “Consumidor Moderno”, com o apoio da Associação Brasileira de Ouvidorias (ABO). Em novembro de 2014, a ANS recebeu também o prêmio da categoria “Aprimoramento das Atividades de Ouvidoria”, conferido pelo 2º Concurso de Boas Práticas da Controladoria-Geral da União (CGU), em razão da iniciativa e da implementação bem sucedida da obrigatoriedade de as operadoras criarem ouvidorias vinculadas às suas estruturas organizacionais.

A ampliação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde foi de suma importância em 2014. Os beneficiários de planos de saúde tiveram direito a mais 87 procedimentos, e foi ampliada a indicação de outros 44, incluindo 37 medicamentos orais para tratamento de câncer (para 54 indicações médicas), procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; e 50 novos exames, consultas e cirurgias. Houve a ampliação da cobertura para tratamento de doenças genéticas e foram definidos 22 critérios para o uso adequado de tecnologias no rastreamento e tratamento de 29 doenças genéticas. Passou a ser obrigatório o fornecimento de bolsas coletoras intestinais ou urinárias para pacientes ostomizados.

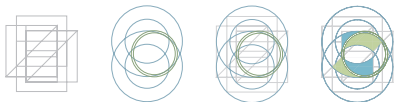
A Lei nº 13.003, de 2014, representou um avanço para o setor. Sua regulamentação dispôs sobre a obrigatoriedade de substituir os prestadores de serviços de saúde descredenciados; de comunicar previamente ao beneficiário os descredenciamentos; bem como a obrigatoriedade de inclusão de regras de reajuste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

Entre as principais ações empreendidas pela ANS em 2013 e 2014, destacam-se também: a obrigatoriedade de as operadoras incluírem, em todo o material de divulgação da sua rede assistencial (portal, internet, livreto ou outra forma de divulgação), informações sobre os atributos de qualificação dos prestadores; a implementação do programa de acreditação das operadoras; e as regras para a remoção de pacientes de planos de saúde com cobertura hospitalar, tanto dentro da própria rede credenciada pelo seu plano de saúde, como remoções de pacientes que estão na rede pública e desejam ser atendidos na rede credenciada pelo seu plano de saúde.

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

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

Quanto à avaliação das operadoras exclusivamente odontológicas, observou-se que nas duas melhores faixas de IDSS, o percentual de operadoras evoluiu de 52%, em 2011, para 61%, no ano base 2013, enquanto



que nas duas faixas menores, houve manutenção no patamar de 19%, nos últimos três anos. Quanto à proporção de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, houve um aumento do percentual nas duas melhores faixas de IDSS, de 76% para 92%. Nas duas piores faixas de avaliação, observa-se redução de 4%, em 2011, para 3%, no ano base 2013.

Em 2013, a capacidade de atendimento pelo Disque ANS (0800 701 9656) dobrou, passando de 45 para 90 ligações simultâneas no atendimento humano e eletrônico, permitindo o atendimento humano simultâneo de 68 usuários. No mesmo ano, o Disque ANS recebeu 1.266.467 ligações, o que representou um aumento de 24,60% em relação ao ano anterior. De janeiro até outubro de 2014, o Disque ANS recebeu 835.768 ligações em busca de informações ou para fazer reclamações, o que representou uma queda de 25,1% em relação ao mesmo período de 2013. Destas chamadas, 59.001 foram reclamações, com uma queda de 27,20% em relação ao ano anterior; e 262.008 foram pedidos de informação, apresentando redução de 25,01%, em relação ao mesmo período de 2013.

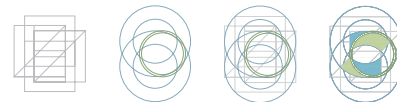
Outras ações fundamentais empreendidas pela ANS em 2013 e 2014 foram: o incremento da resolutividade das reclamações por negativa de cobertura, por meio da Notificação de Investigação Preliminar (NIP); a ampliação da NIP para as demandas tanto assistenciais como não assistenciais. Em 2013, do total de 70.511 reclamações objeto de notificações por negativa de cobertura, 58.738 foram resolvidas por mediação de conflitos, alcançando um índice de resolutividade de 85,5%. Em 2014, entre as reclamações recebidas, 69.441 foram objeto de notificação, destas, 50.203 foram resolvidas por mediação de conflitos. O índice de resolutividade, calculado somente para as demandas assistenciais (aquelas relacionadas à negativa de cobertura), no período de 19 de março a 31 de outubro de 2014, foi de 86,8%.

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

Em 2013, a Agência instaurou 40 Direções Fiscais em operadoras, encerrou 59 e acompanhou ao todo 137 Direções Fiscais. Decretou a Liquidação Extrajudicial de 25 operadoras, encerrou 15 e acompanhou 99 Liquidações Extrajudiciais. Instaurou oito direções técnicas, acompanhou 16, encerrou oito e acompanhou sete planos de recuperação. A ANS publicou também 63 Resoluções Operacionais (RO) dispoendo sobre Portabilidade Especial e 21 sobre Portabilidade Extraordinária, para os beneficiários de operadoras que apresentaram grave risco à continuidade da assistência.

Em 2014, foram instauradas 27 Direções Fiscais em operadoras, encerradas 30 e está acompanhando 64. Decretou a Liquidação Extrajudicial de oito operadoras, e 78 estão em andamento. Publicou 27 ROs dispoendo sobre Portabilidade Especial e nove sobre Portabilidade Extraordinária para os beneficiários de operadoras que apresentaram grave risco à continuidade da assistência. Em 2014, a ANS instaurou também 10 direções técnicas, acompanhou 16, encerrou sete, e acompanhou seis planos de recuperação.

O número de direções fiscais vigentes em 2014 diminuiu em razão de alguns fatores, entre os quais: o aperfeiçoamento na indicação e no monitoramento das direções fiscais; o uso de outros instrumentos regulatórios para promover a saída ordenada do mercado; o efeito do aperfeiçoamento dos mecanismos de recuperação de operadoras em fase preliminar da direção fiscal; e a melhor qualificação do risco das operadoras e seu respectivo encaminhamento por parte da área de responsável pelo monitoramento econômico-financeiro do mercado.



Em 2014, o número de acessos ao portal da ANS na internet foi similar ao de 2013 (cerca de 4 milhões de visitantes); e o percentual de acessos de novos visitantes foi de 53,54%, em 2014, ligeiramente maior aos 53,10% do total de novos visitantes do ano anterior. As visitas ao portal por meio de dispositivos móveis aumentaram em 71%. Em 2014, o portal foi migrado para adequação às novas tecnologias e ao perfil navegacional dos usuários, aumentando, também, a sua segurança.

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

Quanto às informações para o consumidor, o Espaço da Qualidade foi ampliado em 2013, para facilitar o acesso à informação na hora de escolher ou mudar de plano: localização de médicos, hospitais e laboratórios, por meio dos portais das operadoras; operadoras acreditadas; programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; índice de reclamações; lista dos planos com comercialização suspensa; avaliação da satisfação dos beneficiários e programa de qualificação operadoras, com o IDSS anual de cada uma.

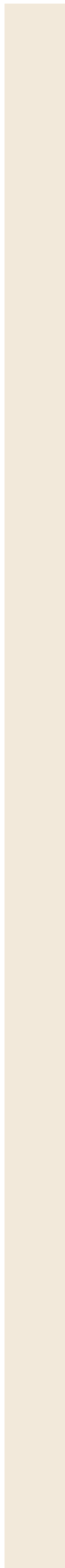
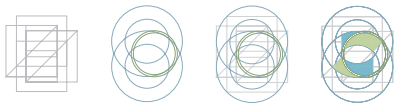
Em junho de 2014 a ANS lançou simultaneamente duas campanhas de utilidade pública, para veiculação em todo o Brasil: uma sobre escolha consciente do plano de saúde mais adequado para cada pessoa; e outra com orientação especial aos idosos. As duas campanhas são complementares entre si. A veiculação foi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

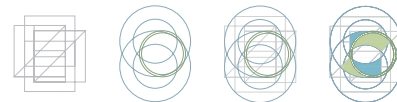
Foi lançada também a campanha de orientação “Você sabe como contratar um plano de saúde de forma correta?”, para auxiliar os consumidores na definição de suas necessidades e lançada a edição atualizada do Guia Prático de Planos de Saúde, para esclarecer dúvidas quanto aos seus direitos.

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

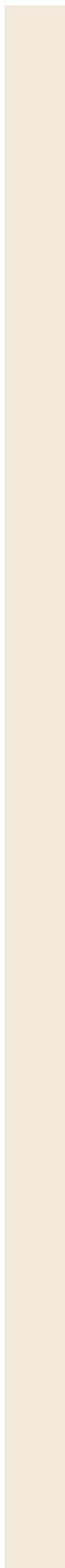
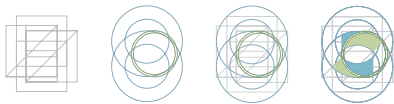
A Agência deu passo importante no âmbito da governança regulatória, ao aprimorar as ferramentas regulatórias e institucionais, visando à melhoria da qualidade regulatória e o aprimoramento da gestão institucional da ANS. Nesse sentido, publicou a primeira versão do Guia de Boas Práticas Regulatórias que está em processo de implementação, assim como a Avaliação de Impacto Regulatório (AIR), sob a forma de projetos piloto. Nessa linha também, a ANS formulou e está em fase de implementação da sua Política de Gestão de Riscos, que é elemento fundamental para a construção da governança corporativa.

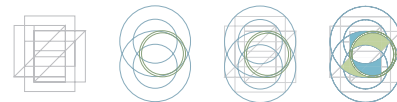
No decorrer deste relatório, são apresentados estes e outros resultados alcançados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, no período de gestão entre 2013 e 2014.





I - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS





I - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

A seguir, são apresentados o marco legal, a estrutura básica, a missão e as principais competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Marco legal, finalidade institucional, competências e organização

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é a agência reguladora do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde por meio de Contrato de Gestão, que atua em todo o Território Nacional na regulação, na normatização, no controle e na fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde.

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

MARCO REGULATÓRIO

Lei nº 9.961, de 2000 - Cria a ANS

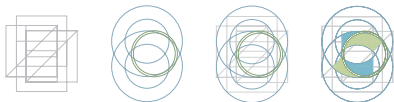
Lei nº 9.656, de 1998 - Dispõe sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

A finalidade institucional da ANS 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.

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

Competências Gerais

- Propor políticas e diretrizes gerais para a regulação do setor.
- Fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras, incluindo: conteúdos e modelos assistenciais; adequação e utilização de tecnologias em saúde; direção fiscal ou técnica; liquidação extrajudicial; procedimentos de recuperação financeira das operadoras; normas de aplicação de penalidades; e garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados.
- Adotar medidas que estimulem a competição no setor.
- Articular-se com os órgãos de defesa do consumidor.
- Autorizar reajustes e revisões das mensalidades dos planos, ouvido o Ministério da Fazenda.
- Estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados nas atividades das operadoras.
- Estabelecer normas para o Ressarcimento ao SUS.
- Fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei n.º 9.656, de 1998, e de sua regulamentação.
- Aplicar as penalidades pelo descumprimento dessas normas.
- Fiscalizar as atividades das operadoras e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento.



Competências relacionadas à Regulação Assistencial

- Estabelecer normas, rotinas e procedimentos para registro, autorização, manutenção e cancelamento de registro dos planos (produtos) das operadoras.
- Monitorar a evolução dos preços de planos de saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos.
- Elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde.
- Controlar e avaliar os aspectos relativos à garantia de acesso, à manutenção e à qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras.
- Zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.
- Avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência.
- Fixar critérios para credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços às operadoras.
- Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras.
- Fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos; coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar.
- Estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras.

Competências relacionadas à regulação Econômico-financeiras

- Autorizar o registro e o funcionamento das operadoras, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 1994.
- Expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico - financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões.
- Estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras.
- Definir a segmentação das operadoras e administradoras.
- Determinar ou promover a alienação da carteira de planos das operadoras.
- Proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras.
- Estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras.

MISSÃO

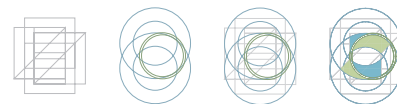
Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

VISÃO

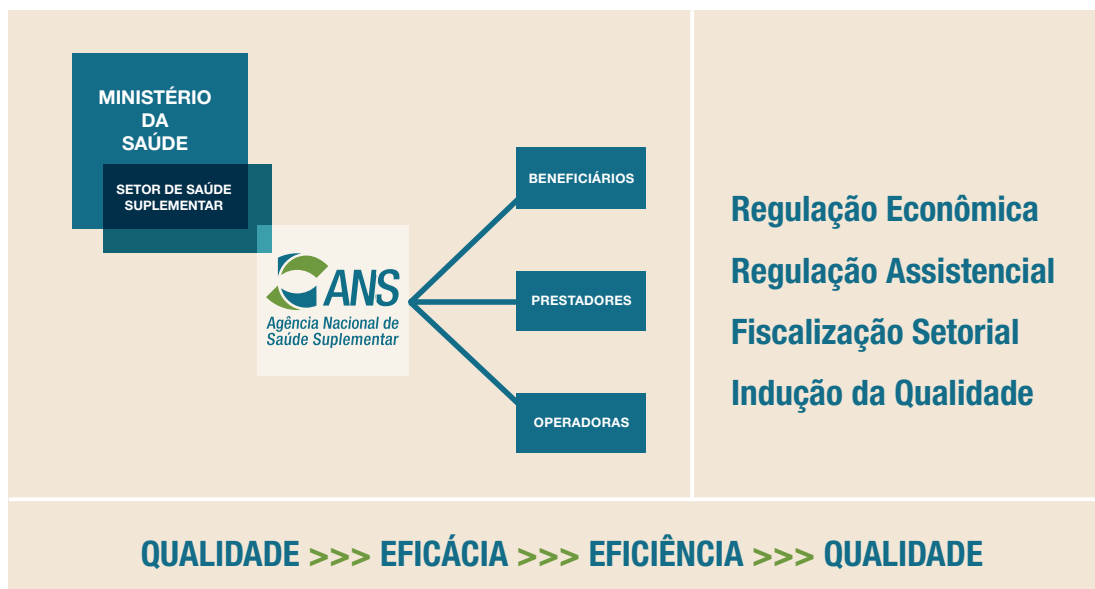
Ser reconhecida como indutora de eficiência e qualidade na produção de saúde.

VALORES

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



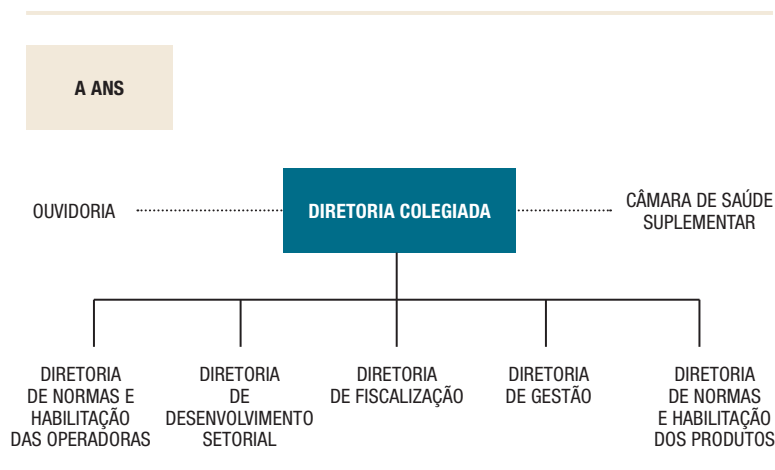
Dimensões da atuação da ANS

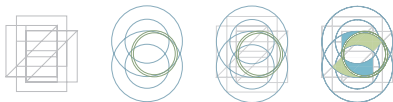


Estrutura básica da Agência

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

À CAMSS compete: i) acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar; ii) discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor; iii) colaborar para as discussões e para os resultados das câmaras técnicas; iv) auxiliar a Diretoria Colegiada a aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar, proporcionando à ANS condições de exercer, com maior eficiência, sua função de regular as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no país; e, v) indicar representantes para compor grupos técnicos temáticos, sugeridos pela Diretoria Colegiada.





DIRETORIAS

A Diretoria Colegiada da ANS é formada por cinco diretores, sendo um deles o diretor-presidente. Além das cinco diretorias, a Agência possui órgãos vinculados, ou seja, não subordinados a Diretoria Colegiada – a Procuradoria Geral, a Auditoria, a Corregedoria e a Comissão de Ética. A seguir, algumas das atribuições das diretorias da ANS:

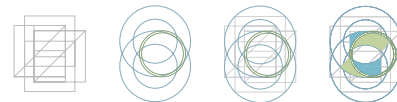
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE: planeja, coordena, organiza e monitora as atividades referentes à autorização de funcionamento, transferência de controle societário, acompanhamento econômico-financeiro, regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO: regulamenta, habilita, qualifica e monitora os produtos ou planos privados de assistência à saúde.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES: dissemina e produz informações padronizadas e de qualidade para a inovação do setor de saúde suplementar. Subsidia políticas públicas, inclusive ressarcindo os recursos do SUS. Cria estímulos para a qualificação dos prestadores de serviços de saúde contratados pelas operadoras, acreditação e avaliação de desempenho das operadoras.

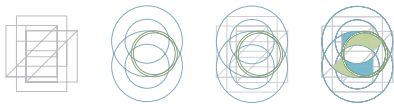
Diretoria de Fiscalização – DIFIS: assegura o cumprimento da legislação na saúde suplementar por meio de medidas de mediação de conflitos e de imposição de penalidades às operadoras de planos de saúde, em casos de infração. Promove ações de fiscalização preventivas nas operadoras e atendimento aos consumidores por meio de canais de relacionamento da ANS. Realiza articulações com órgãos e entidades de defesa do consumidor e centrais sindicais.

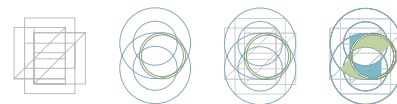
Diretoria de Gestão – DIGES: desenvolve e implementa políticas, ações na área de gestão para fortalecer e otimizar a capacidade de governo da ANS. Estuda, analisa e avalia os mecanismos de desenvolvimento e gestão de pessoas. Coordena e supervisiona a elaboração, execução e acompanhamento do orçamento.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



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

II - AGENDA REGULATÓRIA DA ANS





II – AGENDA REGULATÓRIA DA ANS

Atualmente o principal desafio do setor de Saúde Suplementar é a sua sustentabilidade. Apesar de ser favorecido por uma janela demográfica (com grande contingente populacional em idade economicamente ativa), o setor enfrenta desafios como o envelhecimento e a longevidade da população; a incorporação tecnológica; o modelo de pagamento a prestadores que privilegia o consumo; a cultura de tratamento de doenças desprovida de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças; a heterogeneidade concorrencial; e a velocidade de ampliação do mercado.

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



OBJETIVOS DA AGENDA

- Maior clareza da ação da ANS, sobretudo para a sociedade e para os agentes regulados.
- Previsibilidade dos mecanismos e normas utilizados na atuação regulatória.
- Divulgação e acompanhamento dos compromissos preestabelecidos.
- Qualificação da gestão regulatória da agência.
- Participação da Câmara de Saúde Suplementar no debate sobre a pauta de decisões estratégicas e prioritárias da ANS.

A Agenda do biênio 2013/2014 agregou a análise dos desafios enfrentados pelo setor, os projetos oriundos do planejamento estratégico das áreas técnicas da ANS, bem como os da Agenda anterior (2011/2012). Foi construída em três fases de contribuições: i) consulta interna - para os servidores da ANS; ii) pré-consulta - para os representantes da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS); e iii) Consulta Pública nº 52, de 2012, para toda a sociedade. As contribuições foram analisadas e consolidadas, resultando na definição da Agenda Regulatória da ANS do biênio 2013/2014. A seguir, os eixos da Agenda 2013/2014, seus respectivos projetos e a fase de execução.



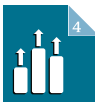
1
Garantia de acesso e qualidade assistencial



2
Sustentabilidade do setor



3
Relacionamento entre operadoras e prestadores



4
Incentivo à concorrência



5
Garantia de acesso à informação



6
Integração da Saúde Suplementar com o SUS



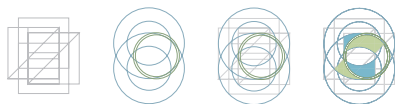
7
Governança Regulatória

A AGENDA PRIORIZOU 36 PROJETOS, ORGANIZADOS EM SETE EIXOS:

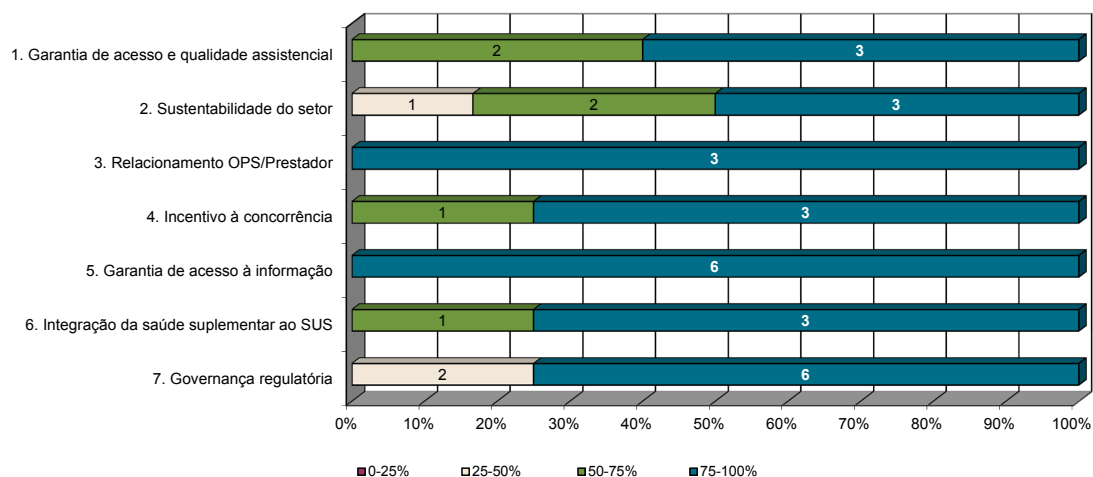
- I) Garantia de acesso e qualidade assistencial
- II) Sustentabilidade do setor
- III) Relacionamento entre operadoras e prestadores
- IV) Incentivo à concorrência.
- V) Garantia de acesso à informação
- VI) Integração da Saúde Suplementar com o SUS e,
- VII) Governança regulatória.

A Agenda Regulatória 2013/2014 apresenta em 19/12/2014 uma medida global de execução de 88%.

**MEDIDA GLOBAL DE EXECUÇÃO
ATÉ 19/12/2014 = 88%**



Status de execução dos projetos por Eixos da Agenda Regulatória ANS 2013/14 (dezembro/2014)



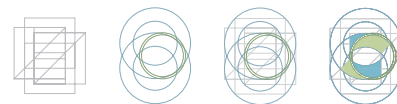
Eixo 1

Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial

As ações deste eixo visam assegurar a qualidade do cuidado e o acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde contratados.

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
1.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso.	Levantamento dos estudos relacionados ao monitoramento da rede assistencial e outros estudos relacionados à dispersão de rede no país.	Apresentação de estudos para Diretoria Colegiada (DICOL). Dez/2014
1.2 Qualificar a entrada do beneficiário no plano: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da existência doença ou lesão prévia ao contrato.	Estudos e revisões sobre a RN 162, de 2007, e discussão sobre opções regulatórias. Realizadas quatro reuniões de Câmara Técnica.	Elaboração de proposta regulatória e relatório final da Câmara Técnica para publicação. Dez/2014
1.3 Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado.	Publicação do Plano de Cuidado do Idoso. Definidas novas linhas do cuidado e elaborado o termo de referência do projeto Nascer Saudável .	Divulgação da análise da pesquisa realizada com as 100 maiores operadoras - plano do cuidado do idoso. Dez/2014

(continua)



(continuação)

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
1.4 Estudar alternativas para permitir/estimular o incentivo nas ações de promoção e prevenção.	Aperfeiçoado o Espaço Você Saudável. Realizadas reuniões com entidades do setor. Organizados quatro workshops regionais (Recife; Campinas; Brasília e Belo Horizonte).	CONCLUÍDO
1.5 Implantar o programa QUALISS de divulgação e de monitoramento da qualidade dos prestadores.	Implementado o QUALISS Divulgação, para as operadoras com 100 mil ou mais beneficiários. Finalizada a etapa de Avaliação Controlada dos Indicadores Hospitalares. Análise de cenários para revisão do QUALISS. Publicados indicadores de % de beneficiários em planos com prestadores acreditados.	Nota técnica com cenário escolhido para apreciação da DICOL. Dez/2014



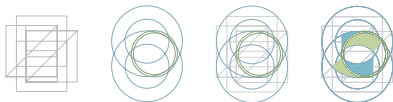
Eixo 2

Sustentabilidade do Setor

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

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
2.1 Desenvolver estudos sobre a implantação dos princípios de Governança Corporativa no setor.	Aprovado Acordo de Cooperação Técnica entre ANS e Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) e constituído Grupo Técnico. Apresentada nota técnica final.	CONCLUÍDO
2.2 Desenvolver estudos sobre o impacto atual da regulação prudencial no setor e sobre modelos alternativos.	Grupo Técnico para estudo do novo modelo de solvência realizou cinco reuniões. Compilação das propostas e elaboração de relatório final.	CONCLUÍDO
2.3 Programa de incentivo a investimento em rede no setor de saúde suplementar.	Minuta de termo de cooperação em análise. Primeira nota técnica sobre o assunto elaborada.	Etapas da ANS realizadas. Conclusão depende de análise do Banco de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).
2.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais.	Análise do modelo de contratação de parcerias/consultores para desenvolvimento dos estudos. Elaboração da nota de andamento dos trabalhos.	Desenvolvimento de estudos e relatório final. Mar/2015

(continua)



(continuação)

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
2.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais.	Análise do modelo de contratação de parcerias/consultores para desenvolvimento dos estudos. Elaboração da nota de andamento dos trabalhos.	Desenvolvimento de estudos e relatório final. Mar/2015
2.5 Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede.	Revisados os estudos. Alinhados os entendimentos e mapeados os mecanismos existentes no setor. Reuniões com representantes do setor para discussão de aspectos assistenciais e econômico-financeiros.	Nota técnica/Relatório final para análise da DICOL e posterior divulgação. Dez/2014
2.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes e estudar alternativas regulatórias.	Realizadas reuniões para discussão do mapeamento da cadeia produtiva e nota técnica indicando necessidade de sistematização das informações.	Nota técnica. Dez/2014



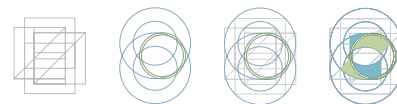
Eixo 3

Relacionamento entre operadoras e prestadores

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

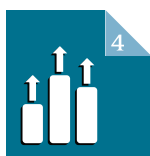
Projetos	Entregas	Produto final (mês)
3.1 Avaliar e divulgar novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar.	Avaliação das propostas considerando a possível associação da remuneração com parâmetros de qualidade da prestação de serviços. Análise de estudos, sob a perspectiva da estruturação e organização da rede de prestadores. Termo de cooperação com Hospital Albert Einstein celebrado (estudo acerca da remuneração com base na estruturação e organização da rede de prestadores).	Nota técnica. Dez/2014

(continua)



(continuação)

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
3.2 Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos.	Realizada Câmara técnica. Proposta de lista hierarquizada de procedimentos. Análise de Impacto Regulatório (AIR). Submetida à Consulta Interna. Análise das metodologias de hierarquização de procedimentos (aspectos: impacto distributivo; disponibilidade de dados necessários à definição da lista hierarquizada; tempo e recursos necessários para criação ou reformulação de uma lista hierarquizada e existência de políticas alternativas).	Nota técnica/Relatório final para análise da DICOL e posterior divulgação. Dez/2014
3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde.	Consulta Interna sobre o monitoramento da contratualização. Aberta Câmara técnica. Desenvolvida proposta de metodologia de monitoramento das boas práticas no relacionamento entre operadoras e prestadores. Regulamentação da Lei 13.003/2014: três reuniões de Câmara técnica e Audiência Pública, para discussão do tema. Publicada Resolução Normativa para regulamentação da Lei 13.003, de 2014.	CONCLUÍDO



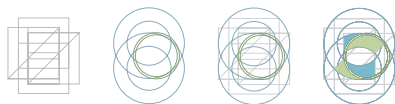
Eixo 4

Incentivo à Concorrência

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

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
4.1 Desenvolver estudos sobre a estrutura produtiva do setor.	Definido escopo do projeto (verticalização entre hospitais gerais e operadoras). Mapeados os prestadores verticalizados. Nota técnica com as conclusões do mapeamento e de encerramento.	CONCLUÍDO

(continua)



(continuação)

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
4.1 Desenvolver estudos sobre a estrutura produtiva do setor.	Definido escopo do projeto (verticalização entre hospitais gerais e operadoras). Mapeados os prestadores verticalizados. Nota técnica com as conclusões do mapeamento e de encerramento.	CONCLUÍDO
4.2 Aprimorar e aprofundar os estudos sobre mercados relevantes.	Elaboração do relatório final sobre mercados relevantes da empresa de pesquisa, identificando novos mercados relevantes e atualizando os mercados já existentes. Apresentação interna dos resultados no Ciclo de Debates. Promoção de discussões com órgãos externos por meio de reuniões e <i>workshops</i> .	Nota Técnica Final recomendando seu uso. Dez/2014
4.3 Avançar na Portabilidade de Carências para planos coletivos empresariais.	Constituído grupo técnico interno para revisão do processo de trabalho.	Estudos e relatórios com cenários. Nov/2014
4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias.	Realizadas reuniões com entidades do setor. Definição do escopo: serão avaliadas as práticas referentes ao oferecimento dos chamados “cartão desconto” ou “cartão pré-pago”. Estudo da regulamentação atual. Resgate das discussões anteriores sobre o assunto. Estudo sobre as opções regulatórias.	CONCLUÍDO



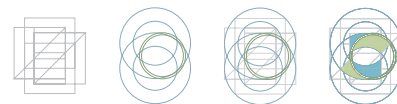
Eixo 5

Garantia de acesso à informação

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

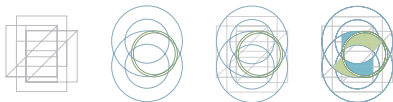
Projetos	Entregas	Produto final (mês)
5.1 Munir o beneficiário com informações sobre saúde e direitos assistenciais,	Divulgados novos pareceres técnicos no portal da ANS sobre cobertura.	CONCLUÍDO

(continua)



(continuação)

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
com ênfase na utilização das diretrizes clínicas.	Divulgadas informações sobre saúde no Espaço Você Saudável. Atualizado o buscador do Rol com terminologia simplificada no site.	
5.2 Disponibilizar as informações de contratos e documentos correlatos relativos aos beneficiários.	Criado grupo técnico. Produzida nota técnica final contendo os dados dos contratos a serem solicitados às operadoras. Elaborada proposta de minuta de normativo.	Proposta finalizada por impossibilidade de disponibilizar as informações nesse momento.
5.3 Perseverar na consolidação e compilação dos atos normativos da ANS.	Criado grupo técnico para estudar modelo de normativo a ser utilizado para edição do Regimento Interno. Atualização do Regimento Interno concluída.	Encaminhamento à Procuradoria Geral (PROGE) e divulgação de resultado. Dez/2014
5.4 Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores.	Elaboração de estudos de melhoria das bases estatísticas e revisão dos indicadores. Levantamento das ações e programas de qualidade da ANS. Realização da oficina de alinhamento do conceito de qualidade. Aprimoramento das formas de comunicação. Divulgação dos resultados em novo <i>layout</i> .	CONCLUÍDO
5.5 Sistematizar e publicizar os critérios de acompanhamento da regulação do setor.	Estudo para elaboração de sistematização dos critérios. Consulta interna para validação da proposta. Nota técnica final.	CONCLUÍDO
5.6 Modelo de Fiscalização Coletiva.	Consulta Interna de minutas dos normativos. Elaboração do Manual de Fluxos e Rotinas da Fiscalização. Estudo do novo modelo de fiscalização concluído e apresentado à Diretoria Colegiada (DICOL). Aprovada proposta do modelo de fiscalização coletiva.	CONCLUÍDO

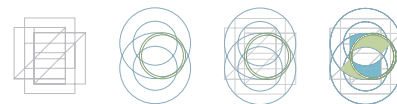


Eixo 6

Integração da Saúde Suplementar ao SUS

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

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
6.1 Continuar o desenvolvimento do Registro Eletrônico em Saúde (RES).	Opção por agregar as informações essenciais de saúde dos beneficiários de planos ao RES no Portal do Cidadão, gerido pelo Ministério da Saúde (MS). Reconhecida a Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHa) como instrumento para viabilizar a interoperabilidade dos sistemas de informações de saúde. Avaliação de Impacto Regulatório (AIR) apontando para o desenvolvimento do RES Nacional. Está sendo elaborada proposta para cadastramento dos prestadores de serviços da saúde suplementar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Instituído grupo técnico entre a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e a ANS, para mapeamento das terminologias utilizadas no SUS (SIGTAP) e na saúde suplementar (TUSS). Realizado <i>workshop</i> de criação do Centro Nacional de Terminologias em Saúde, com vistas a viabilizar a adoção da SNOMED-CT. Realizado treinamento em SNOMED-CT.	3ª Nota técnica. Dez/2014
6.2 Aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS.	Criado grupo técnico. Elaborada proposta. Consulta à PROGE. Revisão da área técnica em conjunto com o grupo técnico.	CONCLUÍDO



(continuação)

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
6.3 Implementar modelo de certificação das operadoras junto ao ressarcimento ao SUS.	Elaborada minuta de Resolução Normativa. Realizada Consulta Interna. Análise das contribuições. Reformulação da proposta. Deliberação da Diretoria Colegiada. Publicação dos dados no portal da ANS na internet.	CONCLUÍDO
6.4 Construir mapa de utilização do SUS por parte dos beneficiários, como instrumento de regulação das operadoras de planos de saúde.	Metodologia em análise; Homologação dos dados extraídos; Delimitação do escopo e discussão acerca dos resultados; Elaboração de proposta final	CONCLUÍDO



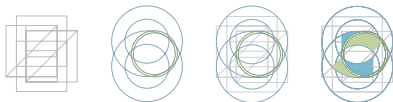
Eixo 7

Governança Regulatória

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

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
7.1 Implantar a análise de impacto regulatório e operacional na ANS.	Constituído Grupo Executivo. Definida proposta de metodologia multicritério para aprofundamento das análises de impacto. Propostas de melhoria no fluxo do processo regulatório. Consultas dirigidas em relação à proposta metodológica elaborada.	CONCLUÍDO
7.2 Ampliar a participação social.	Articulação com a SENACOM e PRO-REG em relação às ferramentas de AIR. Construção de instrumento de pesquisa de satisfação em relação aos mecanismos de consulta da ANS. Coleta de respostas dos órgãos de Defesa do Consumidor. Discussão das oportunidades de melhorias com o processo de consulta.	CONCLUÍDO

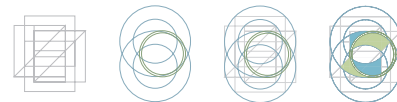
(continua)



(continuação)

Projetos	Entregas	Produto final (mês)
7.3 Aperfeiçoar a Carta de Serviços externa e implantar sua versão interna, gerando valor e confiança na instituição.	Aperfeiçoamento da Carta de Serviços externa, com definição de prazos. Iniciado o projeto da Carta de Serviços Interna, com base em piloto realizado em 2012. Aperfeiçoamento dos serviços externos e mapeamento das entregas internas em curso.	Consolidado com os serviços internos. Dez/2014
7.4 Realizar estudos com vista à implantação da Gestão de Processos.	Estudos de metodologias de gestão de processos aplicáveis à ANS. Sensibilização dos gestores. Elaboração do termo de referência para contratação. Desenvolvimento de um projeto-piloto DIGES: definição metodológica e sensibilização dos gestores e treinamento dos servidores.	Finalizadas revisão do escopo e elaboração do termo de referência.
7.5 Realizar estudos que subsidiem a implantação da Gestão de Projetos na ANS	Definições metodológicas, customização de formulários e elaboração de manual para usuários. Definição e avaliação da ferramenta de gerenciamento de projetos PWA. Seleção e desenvolvimento de projetos-piloto. Divulgação da metodologia e ferramenta. Aplicação da metodologia na DIGES como projeto piloto e treinamento.	CONCLUÍDO
7.6 Promover a gestão socioambiental sustentável, criando estratégias de construção de uma nova cultura institucional para inserção de critérios socioambientais na administração.	Elaborado Plano Gestão de Logística Sustentável. Implantada coleta seletiva de papel e lixo eletrônico. Implantado espaço de livre leitura e jardim para integração. Incentivo à diminuição do uso de copos descartáveis e de papel (adesivos). Exposições de talentos especiais e campanhas de conscientização dos trabalhadores. Assinado acordo com a FIOCRUZ. Realizadas ações de hibernação eletrônica. Habilitado o uso de fonte ecológica. Implantada marca eletrônica. Realizada 1ª licitação em conformidade com recomendações de sustentabilidade ambiental.	Ações de incentivo à redução do consumo de água e energia e compras sustentáveis implantadas. Dez/2014 – Jan/2015

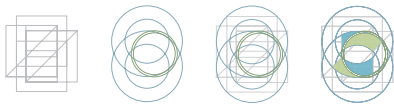
(continua)

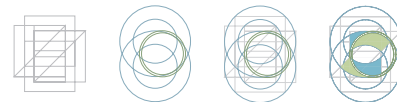


(continuação)

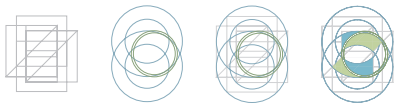
Projetos	Entregas	Produto final (mês)
7.7 Dotar a ANS de metodologias que subsidiem a elaboração da Política de Gestão do Conhecimento.	Estudo e seleção de modelo. Realização de diagnóstico de maturidade institucional. Proposição e acompanhamento das ações prioritárias. Elaboração de novos normativos e minuta da política de gestão do conhecimento, submetidos à Consulta interna e à PROGE.	CONCLUÍDO
7.8 Estudar a consolidação da entrega de informações periódicas à ANS.	Análise acerca da possibilidade de integração dos sistemas de envio de informações periódicas; Análise acerca do potencial de ganho com a medida; Realizados debates internos.	Redação de Nota Técnica Final, após avaliação da área de tecnologia da informação. Dez/2014

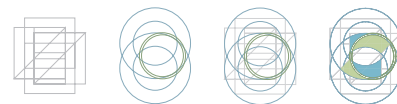
Os produtos resultantes da Agenda 2013/2014, bem como os demais avanços de 2014, são descritos na próxima seção, dos Avanços Regulatórios.





III - AVANÇOS REGULATÓRIOS





III – AVANÇOS REGULATÓRIOS

Entre os avanços regulatórios alcançados estão ações que iniciaram em anos anteriores, as quais foram aperfeiçoadas ou implementadas em 2014, e ações oriundas da Agenda Regulatória do biênio 2013/2014.

1. FOCO NO MONITORAMENTO DAS OPERADORAS

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

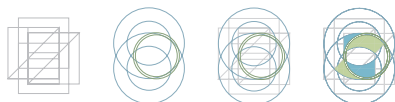
1.1 Medida cautelar de proteção ao consumidor: monitoramento da garantia de atendimento



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

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

Serviços	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)



Serviços	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Entenda o monitoramento



A ANS, por meio deste monitoramento, promove, acompanha e avalia continuamente as reclamações em face das operadoras de planos de saúde, tanto sob o aspecto do cumprimento dos prazos referidos na RN nº 259, de 2011, como as negativas de cobertura motivadas por outros aspectos regulatórios.

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

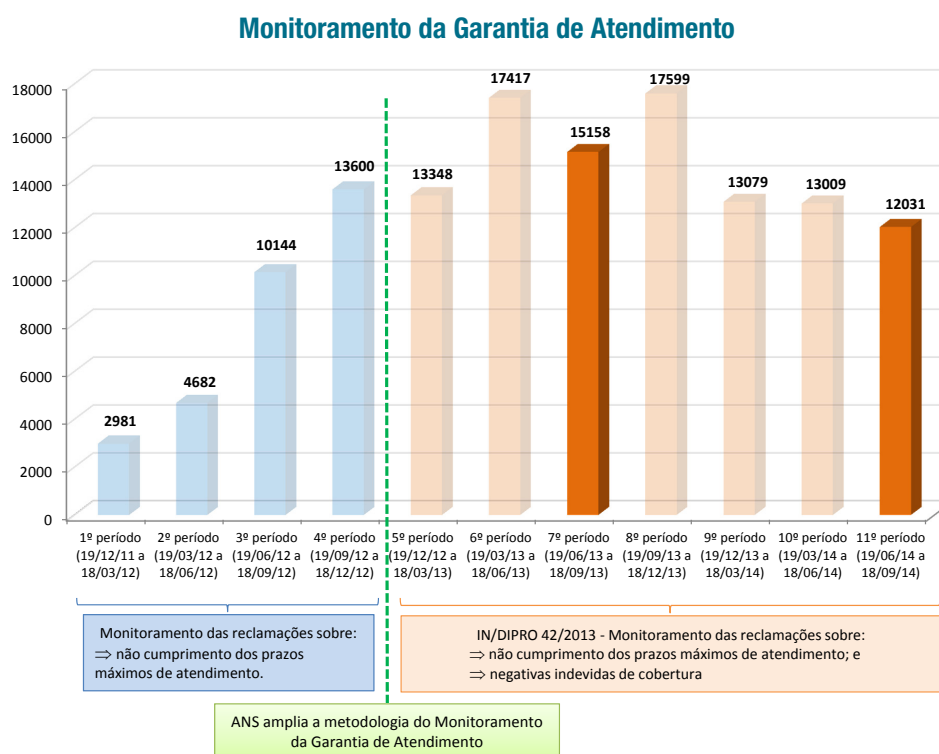
A suspensão da comercialização é uma medida preventiva que tem como principais objetivos induzir a melhora do acesso do consumidor aos serviços de saúde contratados e impedir que novos consumidores adquiram um plano de saúde em condições insatisfatórias de assistência médico-hospitalar e odontológica.

Desde julho de 2012, quando ocorreu a primeira suspensão, com base na consolidação dos resultados do 1º ciclo, de 19/12/2011 a 18/03/2012, até a divulgação do 11º ciclo, em novembro de 2014, a ANS já suspendeu a comercialização de 1.017 planos de saúde de 142 operadoras. No conjunto das suspensões, mais de 12 milhões de beneficiários foram diretamente protegidos com a medida cautelar. Do total dos planos de saúde suspensos, 847 voltaram a ser comercializados por não constarem mais nas listas de suspensões.

Até o final do 4º período, em dezembro de 2012, eram avaliadas apenas as reclamações de beneficiários relativas ao não cumprimento dos prazos máximos de atendimento. A partir do 5º período, a ANS ampliou o Monitoramento da Garantia de Atendimento para avaliar também as reclamações de negativa de acesso dos beneficiários às coberturas previstas em Lei, nos regulamentos e contratos. Em suma, passou a avaliar o descumprimento dos prazos máximos de atendimento para marcação de consultas, exames e cirurgias, bem como as negativas indevidas de cobertura (rol de procedimentos, período de carência, rede de atendimento, reembolso e mecanismos de autorização para os procedimentos).

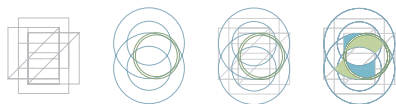
No gráfico a seguir, a quantidade de reclamações recebidas pela ANS em cada trimestre de avaliação do Monitoramento da Garantia de Atendimento.

Número de reclamações por ciclo de avaliação (2011-2014)



Pode-se observar que, na consolidação dos resultados do 1º e do 2º períodos, após a divulgação da primeira suspensão dos produtos, houve um aumento de 117% do número de reclamações no 3º período. Até o 4º período, houve um aumento médio no número de reclamações de 3.732 por período (aumento de 256%). A partir do 5º período, até o último período considerado (11º), em que houve uma mudança da metodologia do monitoramento, ampliando o seu escopo, ocorreu uma diminuição média no número de reclamações de consumidores em 530 por período (queda de 10%).

Acrescente-se que, de acordo com o último resultado e, observando-se a sazonalidade na comparação entre o 11º período (de 19/06/14 a 18/09/14) e o 7º período (de 19/06/13 a 18/09/13), houve uma queda de 21% nas reclamações dos consumidores, apesar de o mercado ter apresentado crescimento de 4% no número de vínculos de beneficiários, entre setembro de 2013 e setembro de 2014. A redução do número de reclamações está sendo analisada pela ANS.



O Monitoramento da Garantia de Atendimento, com sua medida cautelar de suspensão da comercialização de planos de saúde que apresentam resultados insatisfatórios, conquistou ampla adesão da sociedade e representa, também, importante medida que aproxima a ANS e os consumidores.

Este apoio da sociedade auxiliou quando, em 2013, as operadoras de planos de saúde afetadas pela medida, procuraram reagir à suspensão temporária da comercialização de planos de saúde por meio do Poder Judiciário. Contudo, a Agência obteve no Poder Judiciário o direito de manter a suspensão da comercialização com decisões favoráveis no Superior Tribunal de Justiça (STJ) e no Supremo Tribunal Federal (STF).

Evolução regulatória

Na medida em que a ANS monitorava as operadoras e divulgava os resultados, com os produtos suspensos e as reativações, outras ações eram estudadas e implementadas.

Em 2013, a Agência publicou as Resoluções Normativas nº 319 e nº 334, ambas de 2013. A primeira, criou a obrigatoriedade de fornecimento de justificativa por escrito ao beneficiário, em caso de negativa de autorização para realizar procedimentos, enquanto a RN nº 334, de 2013, definiu que a ANS não concederia às operadoras, o registro de novos produtos análogos aos que estivessem suspensos pela Garantia de Atendimento.

Monitoramento em 2014

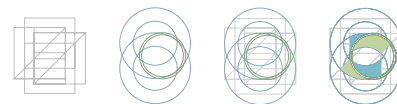
Durante o ano de 2014, a ANS divulgou quatro resultados do monitoramento, sintetizados no quadro a seguir. Resultados apresentados pelo Monitoramento da Garantia de Atendimento em 2014

Divulgação	Consolidação	Operadoras	Produtos Suspensos
Fevereiro/2014	7º e 8º Ciclos	47	111
Maior/2014	8º e 9º Ciclos	36	161
Agosto/2014	9º e 10º Ciclos	28	123
Novembro/2014	10º e 11º Ciclos	16	65

Ao final do 10º período, dentre as 82 operadoras que já tiveram suspensão pela garantia de atendimento, sob a metodologia da IN/DIPRO nº 42, de 2013, quatro operadoras permaneceram na listagem de suspensão em todos os períodos; e 49 operadoras (60%) conseguiram sair da lista de suspensão e não mais retornaram. No último período divulgado (11º Ciclo), a ANS suspendeu a comercialização de 65 produtos de 16 operadoras de planos de saúde, protegendo diretamente mais de 580 mil beneficiários vinculados a esses planos. Nesse mesmo período, 20 operadoras voltaram a comercializar 81 produtos.

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

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



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

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

Desde a vigência do monitoramento, a Agência realizou 11 ciclos de monitoramento, que resultaram em nove medidas de suspensão da comercialização de planos de saúde. O monitoramento da garantia de atendimento conquistou ampla adesão da sociedade, e contribui, sem dúvida, para uma maior proteção aos direitos dos beneficiários de planos de saúde; um maior conhecimento da ANS pelos consumidores; bem como, para a indução de condutas responsáveis e atentas aos direitos dos consumidores, por parte das operadoras.

1.2 Monitoramento econômico-financeiro

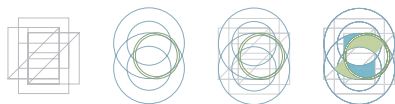
A ANS monitora diariamente os valores e os indicadores econômicos, financeiros e patrimoniais das operadoras de planos de saúde. Orienta sobre constituição, organização e funcionamento, qualificação, contabilidade e dados atuariais sobre reservas e provisões, critérios de constituição de garantias econômico-financeiras,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

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

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

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

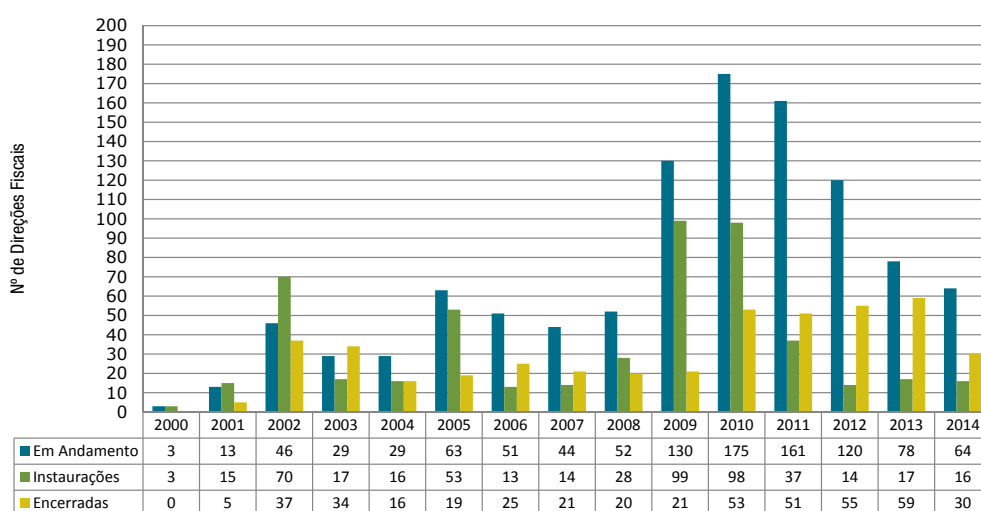
Já na liquidação extrajudicial, ocorre a dissolução compulsória da operadora, decretada em face da existência,



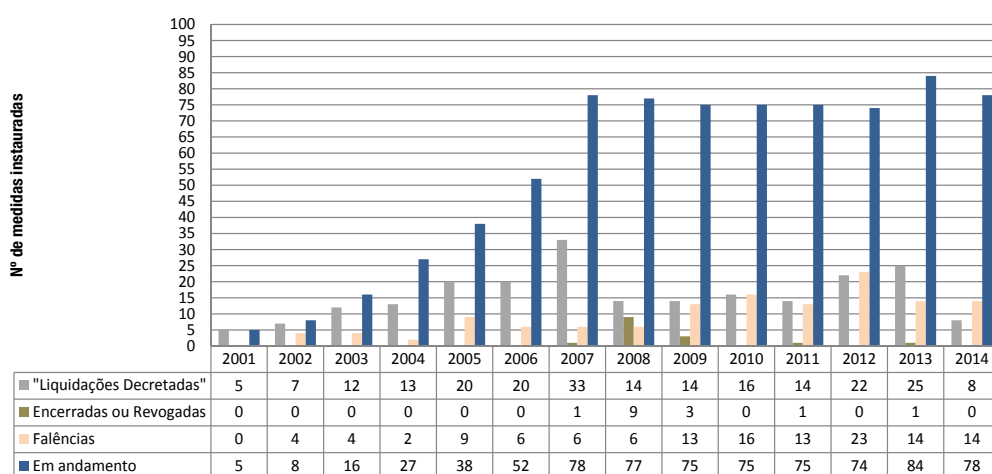
em caráter irreversível, de anormalidades administrativas ou econômico-financeiras graves que inviabilizam a sua continuidade.

De janeiro a outubro de 2014, a ANS instaurou 27 Direções Fiscais em operadoras, encerrou 30 e está acompanhando 64. Decretou a Liquidação Extrajudicial de oito operadoras, e 78 estão em andamento. A seguir, os gráficos com a evolução das direções fiscais e das liquidações extrajudiciais, de 2000 a 2014.

Evolução das Direções Fiscais (2000-out/2014)

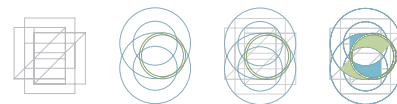


Evolução das Liquidações Extrajudiciais (2000-out 2014)



O número de direções fiscais vigentes em 2014 diminuiu em razão de uma série de fatores, entre os quais:

- i) o aperfeiçoamento na indicação e no monitoramento das direções fiscais, implicando maior celeridade na tomada de decisão sobre sua continuidade ou não; ii) o uso de outros instrumentos regulatórios para promover a saída ordenada do mercado, tais como as decretações de alienação compulsória de carteira e de portabilidade especial, no rito do cancelamento compulsório; iii) o efeito do aperfeiçoamento dos mecanismos de recuperação de operadoras em fase preliminar da direção fiscal, com o advento da RN 307, de 2012, que



possibilitou a assinatura de termos de assunção de obrigações econômico-financeiras por parte de operadoras de pequeno e médio portes, com prazo de 24 meses para adequação; e iv) a melhor qualificação do risco das operadoras e seu respectivo encaminhamento por parte da área de responsável pelo monitoramento econômico-financeiro do mercado.

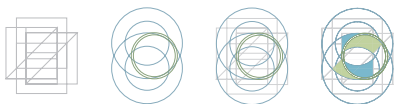
Em 2014, a Agência publicou 27 Resoluções Operacionais (RO) dispondo sobre Portabilidade Especial e nove dispondo sobre Portabilidade Extraordinária para os beneficiários de operadoras que apresentaram grave risco à continuidade da assistência. As duas formas de portabilidade permitem ao consumidor de uma operadora que deixará de prestar serviço ao público escolher um plano em outra operadora sem precisar cumprir novos períodos de carência.

Na portabilidade especial, a adesão do beneficiário pode ser aceita ou não pela nova operadora. Para isso, deve ser solicitada a proposta de adesão, que deverá ser dada (respondida) em até 20 dias após a assinatura da proposta. Se a operadora do plano de destino não responder no prazo, considera-se que aceitou a proposta. A portabilidade extraordinária é decretada em situações excepcionais, quando há necessidade de intervenção regulatória para garantir opções ao beneficiário, a exemplo dos casos em que os planos disponíveis no mercado são insuficientes ou incompatíveis com o plano de origem. O beneficiário deve se dirigir à operadora escolhida, que deverá aceitá-lo imediatamente, caso o plano seja compatível e o beneficiário esteja com a documentação necessária. O prazo para a troca de operadora é de 60 dias.

Como fazer a portabilidade de carência no portal da ANS

1. Consulte o Guia ANS de Planos de Saúde  • Acesse nosso portal www.ans.gov.br, na aba “Plano de Saúde e operadoras”, clique em “Contratação e Troca de plano” • E após, clique em “escolha um plano”	2. Verifique os planos compatíveis para a troca  • Clique em “Portabilidade Especial” e em “ENTRAR” • Clique em “Extinção da Operadora” • Selecione a operadora: SMS SAÚDE • Informe o número de registro do plano de saúde*
3. Escolha o novo plano de saúde  • Veja as opções de planos disponíveis e escolha um para a troca • Imprima o Relatório de Portabilidade	4. Documentação necessária  Com o relatório em mãos, vá até a operadora escolhida com os documentos abaixo: • Cópias dos comprovantes de pagamento (4 últimos) • Identidade, CPF e comprovante de residência
 A operadora não poderá recusá-lo. Caso haja qualquer dificuldade de acesso, fale com a ANS	
 Disque ANS 0800 701 9656	
*Como consultar o COMPROVA  COMPROVA é o sistema que contém os seus dados cadastrais informados por sua operadora de planos de saúde para a ANS. a. Entre no portal da ANS www.ans.gov.br  b. Preencha o formulário: • Na aba “Plano de Saúde e operadoras” • Clique na opção “Espaço do Consumidor” • Clique em “Emitir um comprovante” • Preencha o formulário e obtenha o nº do registro do plano	

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



1.3 Monitoramento do Risco Assistencial

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

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

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

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

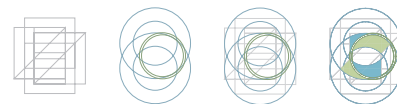
De acordo com o resultado, as operadoras recebem uma nota final que varia de zero a um e são classificadas em quatro faixas de risco conforme o quadro a seguir.

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

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

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

As operadoras com risco alto (status vermelho) são analisadas quanto ao enquadramento nos critérios de Plano de Recuperação ou de Direção Técnica.



Plano de recuperação assistencial

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

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

Direção Técnica

Se nenhuma das medidas apresentar resultados, a operadora entrará em Direção Técnica, instaurada quando a Agência verifica a ocorrência de anormalidades administrativas ou assistenciais graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde. As operadoras podem consultar os seus resultados pelo Prontuário de Resultados e pelo Painel de Indicadores do Monitoramento Assistencial, no portal da ANS. Em novembro de 2014, onze operadoras estavam em regime especial de direção técnica.

1.4 IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2014

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar foi implementado em 2004 e estabelecido em 2008 em Resolução Normativa da ANS. Consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos com o objetivo de verificar o desempenho das empresas que atuam no setor. Esta é uma das iniciativas que vêm sendo desenvolvidas pela ANS para o estímulo à qualidade setorial.

Os resultados do Programa de Qualificação das Operadoras são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Este índice é calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência, com base nos dados extraídos dos sistemas de informação da ANS ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde.

O objetivo é aumentar a transparência do setor, tornando pública a avaliação de desempenho em relação aos aspectos de atenção à saúde, rede assistencial, econômico-financeiro e de satisfação dos beneficiários de cada operadora. O IDSS também permite a comparação entre operadoras semelhantes, estimulando a disseminação de informações e a concorrência no setor.

Esta avaliação é anual e retroativa, isto é, em 2014 foram avaliadas operadoras com registro ativo junto à ANS, tendo como base informações relativas ao ano de 2013.

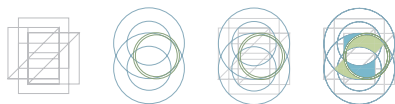
Os indicadores do IDSS são organizados em quatro dimensões:

Atenção à Saúde

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

Econômico-Financeira

Acompanha o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de plano de saúde sob o ponto de vista das condições de liquidez e solvência, avaliando a capacidade de manter-se em dia com



suas obrigações financeiras junto a seus prestadores para o atendimento com qualidade e de forma contínua a seus beneficiários.

Estrutura e Operação

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

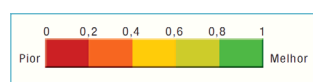
Satisfação dos Beneficiários

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

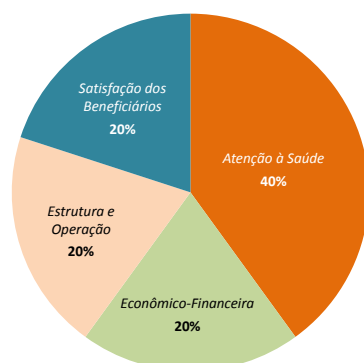
Os resultados dos indicadores são convertidos em pontuação e para cada uma das quatro Dimensões é calculado um Índice de Desempenho. As dimensões possuem pesos diferentes para compor o IDSS de cada operadora. O IDSS varia de zero a um (0 a 1), sendo que 40% deste valor é formado pelo Índice de Desempenho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

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

Pontuação varia de 0 (zero) a 1 (um):

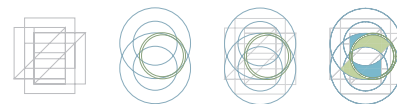


Composição do IDSS:



As quatro dimensões da avaliação reúnem 30 indicadores

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



IDSS 2014 – ano base 2013

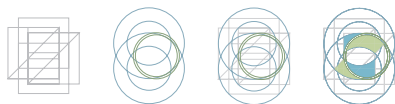
Os resultados preliminares do IDSS 2014, referentes ao ano base de 2013, foram divulgados em julho de 2014, de forma restrita às operadoras. Neste período, cada operadora visualizou seu próprio resultado e pode formular questionamentos. Após este período de questionamentos e análise, os resultados finais foram preparados para divulgação à sociedade, em novembro de 2014, por meio do portal da Agência. Os resultados são apresentados por operadora, incluindo as opções de seleção por tipo (médico-hospitalar ou odontológica), faixa de avaliação e possibilidade de comparar os resultados de operadoras selecionadas na mesma tela.

Operadoras e beneficiários por faixa de IDSS (segmentação assistencial) Brasil, 2011-2013

SEGMENTO	FAIXA	Ano-Base 2011		Ano-Base 2012		Ano-Base 2013	
		Operad.	Benef.	Operad.	Benef.	Operad.	Benef.
TOTAL GERAL		1.239	60.387.194	1.294	65.201.023	1.237	67.972.989
Médico-hospitalar	0,00 a 0,19	38	408.031	60	385.731	45	355.058
	0,20 a 0,39	81	1.148.550	74	2.021.428	57	708.569
	0,40 a 0,59	228	9.874.293	230	16.537.369	196	8.139.196
	0,60 a 0,79	408	29.655.212	478	29.126.364	435	37.983.264
	0,80 a 1,00	158	5.967.956	104	3.038.657	161	5.539.143
	Total	913	47.054.042	946	51.109.549	894	52.725.230
Exclusivamente Odontológicas	0,00 a 0,19	16	66.025	27	68.639	27	86.281
	0,20 a 0,39	46	543.228	49	258.634	37	307.605
	0,40 a 0,59	95	2.611.137	91	6.980.158	70	817.318
	0,60 a 0,79	105	2.602.853	139	5.769.806	141	5.297.393
	0,80 a 1,00	64	7.509.909	42	1.014.237	68	8.739.162
	Total	326	13.333.152	348	14.091.474	343	15.247.759

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

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



Operadoras médico-hospitalares

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

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

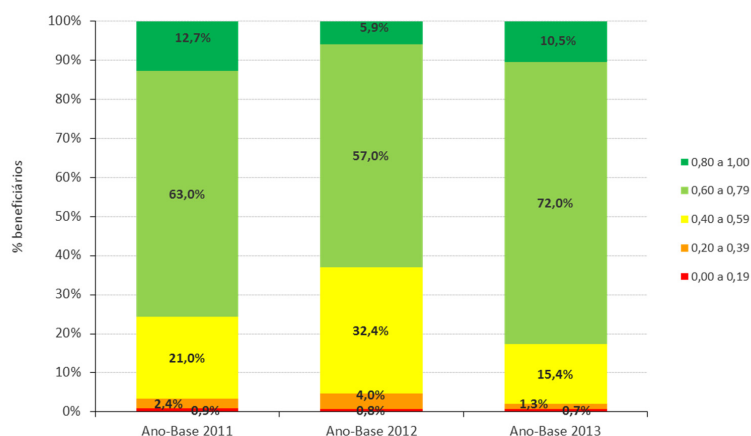
66,7% das operadoras médico-hospitalares obtiveram desempenho bom ou muito bom

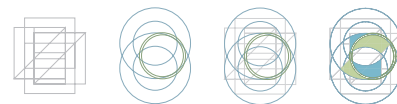


Em relação ao percentual de beneficiários de planos médico-hospitalares, houve um aumento do percentual de beneficiários situados nas duas melhores faixas de IDSS, passando de 76% no ano base 2011 para 83% no ano base 2013, como mostra o gráfico a seguir. Nas duas piores faixas, observa-se redução de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

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

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





Operadoras exclusivamente odontológicas

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

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

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

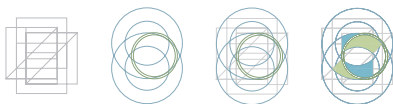


O gráfico a seguir explicita a diferença entre o percentual de beneficiários de planos odontológicos por faixa de IDSS, nos últimos três anos. Nas duas melhores faixas de IDSS, o percentual de beneficiários aumentou de 76% para 92%. Nas duas piores faixas de avaliação, observa-se redução de 4%, em 2011,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

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

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



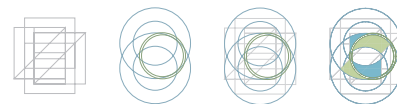


1.5 A inovação dos Dados Integrados da Qualidade Setorial

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



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



1.6 Índice de Reclamações

O Índice de Reclamações da Saúde Suplementar foi criado em 2003, com o objetivo de permitir que os consumidores comparem as operadoras utilizando a quantidade de reclamações recebidas pela ANS contra elas, feitas por consumidores, seus clientes. As reclamações podem ser feitas por meio do Disque ANS, pelo portal da Agência, correspondência ou presencialmente em um dos 12 Núcleos de Atendimento da ANS distribuídos pelo país.

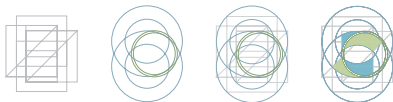


O Índice tem periodicidade mensal e representa a média do número de reclamações nos seis meses anteriores, para cada conjunto de 10.000 beneficiários. Assim, se o índice de reclamações das operadoras de grande porte é 0,92 em setembro de 2014, significa que foram recebidas pela ANS, em média, entre março e setembro de 2014, 0,92 reclamação para cada grupo de 10.000 beneficiários destas operadoras. A consulta do índice está disponível também por operadora.

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

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

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



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

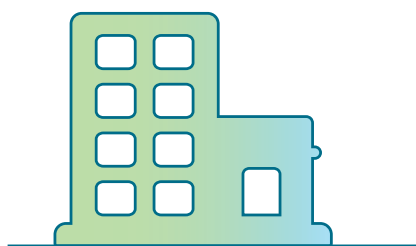
Em cada módulo de prestadores de serviços de saúde são definidos indicadores para períodos de avaliação de dois anos e, em cada período de avaliação, são definidos indicadores essenciais e indicadores recomendáveis. Os primeiros devem ser reportados obrigatoriamente por todos os participantes; e os segundos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

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

Os prestadores que apresentarem um bom desempenho receberão a autorização da ANS para divulgar que participam do QUALISS, identificado pela letra “Q”, que deverá ficar junto com o nome do hospital, nos guias da rede de prestadores e nos portais das operadoras. Esta iniciativa faz parte do QUALISS DIVULGAÇÃO, apresentado na seção a seguir.

1.8 1ª Pesquisa de Satisfação do Consumidor

Em junho de 2012, a ANS lançou a pesquisa de satisfação de beneficiários de planos privados de saúde. O objetivo foi verificar a satisfação dos beneficiários com as operadoras de planos de saúde, como insumo para a Agência avaliar a qualidade do setor e propor medidas que aprimorem a qualidade oferecida.



OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

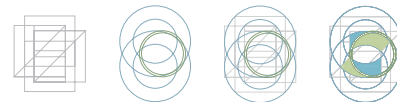
- Pontuação no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar
- Conhecimento sobre os níveis de satisfação dos seus beneficiários
- Maior aproximação com os beneficiários, gerando possibilidades de aperfeiçoamento dos serviços



SOCIEDADE

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

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

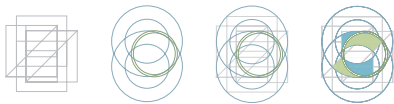


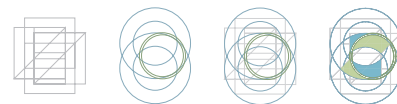
A amostragem foi composta por consumidores de planos de saúde com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em todas as capitais brasileiras. A seleção foi aleatória e seguiu a proporcionalidade por Unidade da Federação. A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2012, a partir da adesão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

Em outubro de 2013, a ANS divulgou os resultados da pesquisa. O levantamento foi realizado por 89 operadoras de grande e médio porte, que totalizam 17 milhões de consumidores, ou seja, 25% do total de beneficiários de planos de saúde. Foram, ao todo, 67.322 entrevistados.

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

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





2. FOCO NO ACESSO E NA QUALIDADE ASSISTENCIAL

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

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

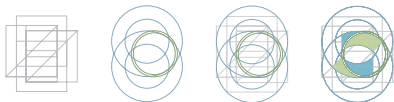
Em abril de 2014, com a publicação da Resolução Normativa nº 347, a ANS aperfeiçoou as regras para a obrigatoriedade de cobertura para a remoção de beneficiários de planos de saúde com segmentação hospitalar que já tenham cumprido o período de carência. Até então, a legislação determinava que a remoção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

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

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

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

- 1** O paciente estiver **DENTRO** da área de atuação do seu plano de saúde:
 - ➡ Se estiver em hospital do SUS ou
 - ➡ Se estiver em hospital privado que não pertence ao seu plano de saúde
- 2** O paciente estiver **FORA** da área de atuação do seu plano de saúde:
 - ➡ Se estiver em hospital do SUS ou em hospital privado, desde que o incidente tenha ocorrido **DENTRO** da área de atuação do seu plano de saúde em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestadores
- 3** O paciente estiver em hospital que pertence ao seu plano:
 - ➡ Se não houver condições de atendimento naquele hospital ou
 - ➡ Em casos específicos previstos em contrato
- 4** O paciente estiver em local que não é hospital ou serviço de pronto atendimento, como clínica ou consultório
 - ➡ Se o incidente tiver ocorrido **DENTRO** da área de atuação do seu plano de saúde e se não houver serviços disponíveis no local onde o paciente foi atendido



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

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

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

As operadoras sempre foram obrigadas a informar toda e qualquer negativa de cobertura, pois o consumidor tem o direito de conhecer o motivo da não autorização em prazo hábil, para que possa tomar outras providências. No entanto, esta informação era dada verbalmente, o que trazia dificuldades para o beneficiário. Devido a isso, a norma também refletiu uma preocupação demonstrada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), sobre a ausência de prestação de informação aos consumidores pelas operadoras.

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

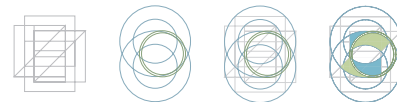
2.3 Revisão e ampliação do Rol de procedimentos e eventos em saúde

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

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

Para esta revisão, a ANS formou um Grupo Técnico que teve a participação de representações de defesa do consumidor, ministérios, operadoras, de profissionais da área de saúde e de hospitais. Ao longo de todo o trabalho de revisão do novo Rol, foi criado um Grupo Técnico específico para discutir os exames genéticos. Participaram a Associação Médica Brasileira, representada pela Sociedade Brasileira de Genética Médica, o Ministério da Saúde, representado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), a Unimed do Brasil e técnicos da ANS.

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



A RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, sobre o novo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, entrou em vigor em 02 de janeiro de 2014 e é válida para consumidores com planos de saúde de assistência médica contratados após 1º de janeiro de 1999 e também para os beneficiários de planos adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

Medicamento oral para câncer

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

Cobertura e diretrizes para doenças genéticas

Quanto à cobertura para doenças genéticas, a ANS definiu 22 critérios para o uso de tecnologias no rastreamento e tratamento de 29 doenças genéticas. O objetivo dos critérios de uso para os 22 itens é a utilização adequada das tecnologias nos procedimentos, que já constavam do rol Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções e Microduplicações por *Florence In Situ Hybridization* (FISH), permitindo a elegibilidade de pacientes que irão se beneficiar desses procedimentos.

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

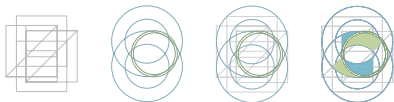
As diretrizes de utilização são referentes à assistência, ao tratamento e ao aconselhamento das condições genéticas contempladas nos procedimentos. Esses procedimentos são utilizados para a avaliação e identificação de diversas doenças genéticas. É a identificação que possibilita direcionar o tratamento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

Um exemplo de exame genético que passa a ter cobertura obrigatória é o gene BRCA1/BRCA2, para detecção de câncer de mama e ovário hereditários. Outros destaques entre as novas diretrizes são: exame para a detecção da síndrome de Lynch (câncer colorretal não poliposo hereditário); de hemofilia A e B; e de doenças relacionadas ao gene FMR1, como a Síndrome do X Frágil, Síndrome de Ataxia/Tremor Associados ao X Frágil e Falência Ovariana Prematura.

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

Inclusões

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



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

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

Ampliações

Além de inclusões, a ANS ampliou o uso de outros 44 procedimentos já obrigatórios. Entre estes, o exame pet scan, que passa de três para oito indicações; além de tumor pulmonar para células não pequenas, linfoma e câncer colo-retal, o exame passa a ser indicado também para a detecção de nódulo pulmonar solitário, câncer de mama metastático, câncer de cabeça e pescoço, melanoma e câncer de esôfago. O exame de angiotomografia coronariana também foi ampliado para pacientes de risco baixo e intermediário para doenças coronarianas, assim como a tomografia de coerência ótica, que agora também tem indicação coberta pelas operadoras para patologias retinianas, entre as quais edema macular cistóide, edema macular diabético.

Bolsas coletoras intestinais ou urinárias para pacientes ostomizados

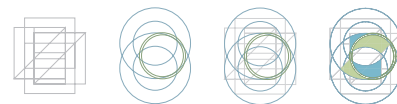
A obrigatoriedade do fornecimento de bolsas coletoras intestinais ou urinárias para pacientes ostomizados, ou seja, bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector foi estabelecida, já em maio de 2013, pela RN nº 325, de 2013. Esta RN regulamentou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

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

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

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

A medicação visa ao controle dos efeitos colaterais provocados pelos antineoplásicos, conforme detalhado a seguir: terapia para anemia com estimuladores da eritropoiese; terapia para profilaxia e tratamento de infecções; terapia para diarreia; terapia para dor neuropática; terapia para profilaxia e tratamento da neutropenia com fatores de crescimento de colônias de granulócitos; terapia para profilaxia e tratamento da



náusea e vômito; terapia para profilaxia e tratamento do rash cutâneo; terapia para profilaxia e tratamento do tromboembolismo.

A medida é importante porque a terapia oral contra o câncer e para os seus efeitos adversos propicia maior conforto ao paciente e reduz os casos de internação para tratamento em clínicas ou hospitais.

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

Criação do COSAÚDE para discussão permanente para incorporações de tratamentos

Em atendimento ao disposto no art. 28 da RN n.º 338/2013, o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – COSAÚDE foi instituído, por meio da Instrução Normativa n.º 44, de 2014, para análise das questões pertinente à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. O grupo é formado por representantes da Câmara de Saúde Suplementar – representantes das sociedades médicas e de profissionais de saúde, das operadoras, de órgãos de defesa do consumidor e do Ministério da Saúde.

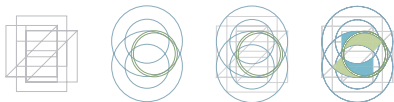
É importante destacar que questões afetas ao Rol de Procedimentos comumente ensejam debates com espectro regulatório mais amplo. Neste sentido, no âmbito deste comitê, além das questões relativas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, são também discutidos temas relacionados à atenção à saúde. Dessa forma, questões como Mecanismos de Regulação, Risco Assistencial, Promoção da Saúde e Rol de Procedimentos são, dentro dos limites dos normativos legais, discutidos neste comitê, sob a coordenação da DIPRO.

2.4 Qualificação de profissionais e estabelecimentos de saúde – QUALISS DIVULGAÇÃO

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

O objetivo do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS DIVULGAÇÃO - é aumentar a capacidade de avaliação e escolha, por parte dos beneficiários, de prestadores de serviços de saúde mais qualificados, além de estimular a adesão, por parte destes, a programas que os qualifiquem. Os atributos de qualificação são representados por ícones que indicam a qualificação do prestador. Se um médico possui especialização ou se um hospital possui certificado de Acreditação, por exemplo, o livro de convênio e a página da operadora na internet deverão ter o ícone relativo a esses atributos nas listas de sua rede prestadora de serviços de saúde.

Este trabalho é construído desde 2012, quando foram definidos os atributos de qualificação de divulgação obrigatória pelas operadoras, em conjunto com o Comitê Gestor do Programa Divulgação da Qualificação da Rede dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (COGEP), formado por representantes dos segmentos do setor. O Manual de uso dos ícones foi lançado em março de 2013 e as operadoras tiveram prazo para adaptar seus materiais.



Qualificação dos prestadores



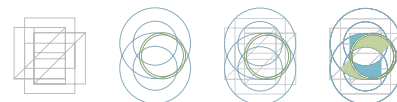
A forma de divulgação dos atributos é padronizada pela ANS para cada tipo de prestador. No portal da ANS está disponível o manual de uso dos ícones dos atributos de qualificação, bem como os próprios ícones para a aplicação nos materiais das operadoras. Os atributos são:

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

Para prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais: i) acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora; ii) participação no NOTIVISA da ANVISA; e iii) participação no componente Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar.

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

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



PADRÃO INTERNACIONAL DE QUALIDADE

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



PADRÃO NACIONAL DE QUALIDADE

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



PADRÃO NACIONAL DE QUALIDADE

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



QUALIDADE MONITORADA

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



PROFISSIONAL COM RESIDÊNCIA

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

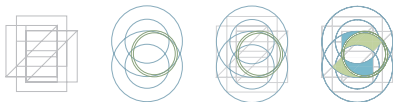
Exemplo de padronização em meio digital (portais das operadoras):

Busca de Rede Credenciada

Buscar

Resultado da busca

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



Exemplo de padronização em versão impressa:

João Maria da Silva (CRM 0100)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

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

José João da Silva (CRM 0100)

Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

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

João Maria da Silva (CRM 0100)



Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

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

José João da Silva (CRM 0100)

Especialidade(s): **Psiquiatria**

Tel: (00)0000-0000

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

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

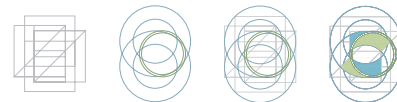
Um programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças é um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que objetivam à promoção da saúde; à prevenção de riscos, agravos e doenças; à compressão da morbidade; à redução dos anos perdidos por incapacidade;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

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

Especialmente a partir de 2011, com a publicação das Resoluções Normativas nº 264 e 265, que incentivam a criação, pelas operadoras, de programas voltados à promoção da saúde e prevenção de doenças, houve um incremento do número desses programas inscritos na Agência. Em novembro de 2014, 1.234 e programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças estão cadastrados, abrangendo uma população de cerca de 1,6 milhão de beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O desenvolvimento de programas pelas operadoras é facultativo. A Agência define um conjunto de critérios para a elaboração, constantes na Cartilha para Modelagem dos Programas para Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, e na 4ª edição do Manual de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Por parte das operadoras, é preciso reconhecer uma situação passível de intervenção, classificar e priorizar as necessidades em saúde; identificar a população que apresenta as necessidades priorizadas; saber os objetivos a serem alcançados; e saber as metas e os resultados esperados. Todas as operadoras estão obrigadas a informar à ANS todos os programas desenvolvidos para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.



A ANS elenca nove áreas de cuidado em saúde, seguindo as prioridades do Ministério da Saúde para a população brasileira. São elas: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do homem, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde mental, saúde bucal e portadores de necessidades especiais. A abordagem dos programas deve incluir: detecção precoce e tratamento; ações educativas; estímulo a mudanças no estilo de vida; equipe multiprofissional; capacitação do indivíduo para o autogerenciamento das doenças e dos riscos; utilização de protocolos e diretrizes; e monitoramento e avaliação como ferramenta de gestão.

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

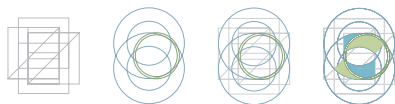
» Gerenciamento de Crônicos contempla estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas e com alto risco assistencial; considera-se a gravidade da doença, o histórico de recorrências e, o perfil de utilização (de procedimentos, internações, etc).

» População Alvo Específica reúne estratégias orientadas para um grupo de indivíduos com características específicas em comum (exemplo: ciclo de vida, faixa etária, sexo, patologia/fatores de risco específicos, região geográfica); bem como na abordagem de indivíduos saudáveis, indivíduos já portadores de doenças, ou apenas com presença de fatores de risco ou vulnerabilidades. Tem foco em ações para interferir favoravelmente na história natural da doença; agir oportunamente na detecção e prevenção das doenças e promover ações de prevenção secundária e de limitação de danos em indivíduos doentes.

» Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida é um programa aplicável para todos os beneficiários de um plano. Contempla estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos: ações direcionadas para que os indivíduos vivam mais e melhor; bem como linhas de atenção aplicáveis a indivíduos de todas as faixas etárias, desde as idades mais precoces até as mais avançadas

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

Para os beneficiários os incentivos podem ser na forma de bonificação, que é uma vantagem pecuniária, representada pela aplicação de desconto no pagamento da mensalidade do plano, concedida pela operadora ao beneficiário como incentivo à sua participação em programa para Promoção do Envelhecimento Ativo; e também na forma de premiação, que consiste em uma vantagem representada pela oferta de prêmio, concedida pela operadora ao beneficiário como incentivo à sua participação em programa para População-Alvo Específica e programa para Gerenciamento de Crônicos.



Localização de médicos, hospitais e laboratórios
Acreditação de Operadoras
Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças
Índice de Reclamações
Planos com Comercialização Suspensa
Avaliação da satisfação dos beneficiários por operadora - Ano 2012
Programa de Qualificação de Operadoras

Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

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

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

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

✓ Programas Aprovados:

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

✗ Programas Cadastrados:

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

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

CNPJ ou Razão Social ou Registro da ANS:

Nome do Programa de Promoção à Saúde:

Grupo de Ação

Selecione o Grupo de Ação

Área de Atuação

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

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

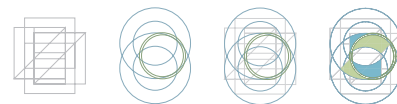
2.6 Incentivo ao Parto normal

A cesariana, quando não tem de fato indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Atualmente, no Brasil, o percentual de partos cesáreos chega a 84% na saúde suplementar.

Taxa de Cesarianas no Brasil em 2012

	Nº de nascidos vivos	% de partos cesarianos
BRASIL	2.905.789	55,60%
	Nº de partos realizados	% de partos cesarianos
Saúde Suplementar	502.812	84,60%
	Nº de partos realizados	% de partos cesarianos
SUS	1.877.505	40%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e SIP/ANS



Existem muitos casos em que as cesarianas salvam vidas, o parto cesáreo é uma conquista científica. Mas a escolha do modelo de parto é, fundamentalmente, uma questão de saúde, e deve estar condicionada ao que for mais adequado para cada caso e ao que for mais seguro para a mãe e o bebê.

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

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

A ANS participa também de grupos técnicos sobre o tema, a exemplo da Comissão de Parto Normal do Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2010 e 2011; do Grupo de Incentivo ao Parto Normal pela Rede Cegonha; e do Grupo Técnico da ANVISA que elaborou regulamento para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, desde 2011.

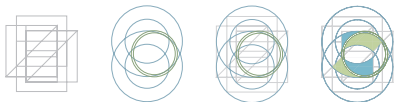


Pesquisa da Fiocruz sobre atenção ao parto e nascimento no país

Maior pesquisa já feita sobre gestações e nascimentos no Brasil, a “Nascer no Brasil”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com a parceria do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de outras instituições de pesquisa e universidades, mostrou que 52% dos nascimentos ocorrem por cesariana, quando a taxa considerada aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por evidências científicas como indicada para prevenir morbidade e mortalidade materna e neonatal é de 15%.

O número excessivo de cesarianas expõe desnecessariamente as mulheres e os bebês aos riscos de efeitos adversos no parto e nascimento, e se deve a uma cultura arraigada no país de que o procedimento é a melhor maneira de se ter um filho.

O levantamento revelou que quase 70% das brasileiras deseja um parto normal no início da gravidez. Entretanto, poucas foram apoiadas em sua preferência pelo parto normal. Na rede privada, o percentual chega a 88% de cesáreas. O estudo foi realizado com 23.984 mulheres de 191 cidades do país que tiveram seus filhos em hospitais de médio e grande porte da rede pública e privada de saúde. Taxas de cesariana tão



elevadas são preocupantes, pois aumentam os riscos de complicações para os recém-nascidos e também para as mulheres.

Entre as gestantes que tiveram parto normal, houve predominância de um modelo de atenção extremamente medicalizado, com intervenções excessivas e uso de procedimentos não recomendados pela OMS como de rotina, que provocam dor e sofrimento desnecessários quando utilizados sem indicação clínica.

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

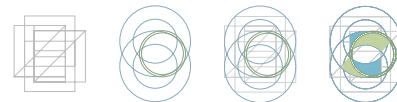
A ANS também propôs ações para a mudança do modelo de atenção ao parto, com a elaboração, implantação e coordenação de projeto-piloto baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein, o Ministério da Saúde e o Institute for Healthcare Improvement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

O Acordo de Cooperação Técnica, com duração de três anos, firmado em outubro de 2014, com o Hospital Israelita Albert Einstein e o IHI, em São Paulo, tem como objetivo induzir a redução de cesáreas desnecessárias no país. Com o acordo coordenado pela ANS, será utilizada a metodologia desenvolvida pelo instituto americano IHI, que se baseia em três aspectos principais: melhorar a saúde de indivíduos e populações, melhorar a experiência, bem como a eficiência no cuidado com a saúde. A estratégia consiste no desenvolvimento de novos modelos assistenciais a partir do conhecimento científico existente, mas customizados à realidade dos serviços de saúde. Profissionais e gestores de saúde trabalharão em conjunto com equipes do IHI, do Hospital Israelita Albert Einstein e da ANS.

Três áreas são prioritárias: Atenção ao Parto e Nascimento, Atenção Primária e a Rede de Atenção à Saúde do Idoso.

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

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



Consultas Públicas visando à redução de cesarianas desnecessárias no setor



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

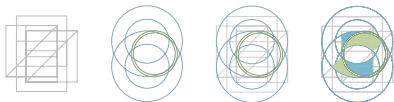
Além da transparência das informações, as resoluções preveem ainda a apresentação do partograma, um documento que deverá conter as anotações do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais. O documento, além de uma importante ferramenta de gestão para as operadoras, será parte integrante do processo para pagamento do parto. Em casos excepcionais, o partograma poderá ser substituído por relatório médico detalhado.

O partograma vai mostrar a evolução do parto, com informações sobre dilatação e contrações, que irão auxiliar, inclusive, nas trocas de plantão médico. Com o documento, é possível também identificar a realização das cesáreas sem indicação médica. A Agência vai fiscalizar essas ações assim que as Resoluções entrarem em vigor e pretende contar com o apoio das mulheres nesse processo.

As resoluções também incluem a distribuição, por parte das operadoras de planos de saúde, do Cartão da Gestante com a Carta de Informação à Gestante, instrumento para registro das consultas de pré-natal, com orientações e dados de acompanhamento da gestação.

Consulta Pública 55 - Direito de acesso à informação das beneficiárias às taxas de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico, que dispôs sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias às taxas de cirurgias cesáreas e de partos normais, por estabelecimento de saúde e por médico.

Consulta Pública 56 - Obrigatoriedade da utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante, que dispôs sobre a obrigatoriedade da utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.



Taxa de disponibilidade para acompanhamento de parto é ilegal

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



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

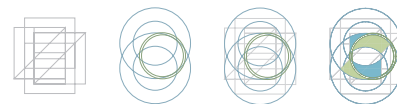
2.7 Acordo de Cooperação Técnica - Atenção Básica e Atenção ao Idoso

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

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

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

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



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

2.8 2ª edição do Laboratório de Inovação em Saúde Suplementar



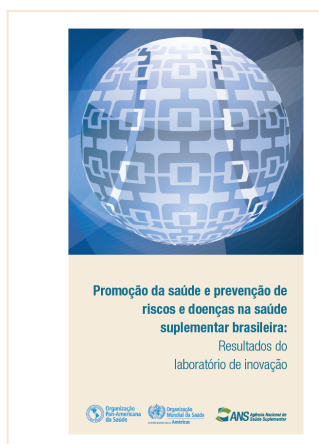
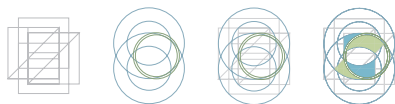
Laboratório de Inovações
Assistenciais na Saúde Suplementar

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

Dessa parceria, surgiu o Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, lançado em 2012, com o objetivo de identificar e valorizar experiências exitosas e inovadoras neste setor. Visa também à construção de metodologias de avaliação e monitoramento dos programas; à integração e divulgação de informações importantes de várias fontes de dados, que sirvam como base para o desenvolvimento e aprimoramento dos programas existentes; bem como ao incentivo à elaboração de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças baseados em evidências.

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

Também no âmbito do Laboratório de Inovação Assistencial na Saúde Suplementar, a ANS, em parceria com OPAS/OMS Brasil, elaborou a tradução e a adaptação para a cultura brasileira de um importante instrumento de pesquisa desenvolvido pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos. Disponível para a utilização de profissionais de saúde no Brasil, o formulário tem o objetivo de ajudar empregadores a avaliar seus programas de promoção da saúde, identificar lacunas e priorizar intervenções de alto impacto para prevenir doenças crônicas.

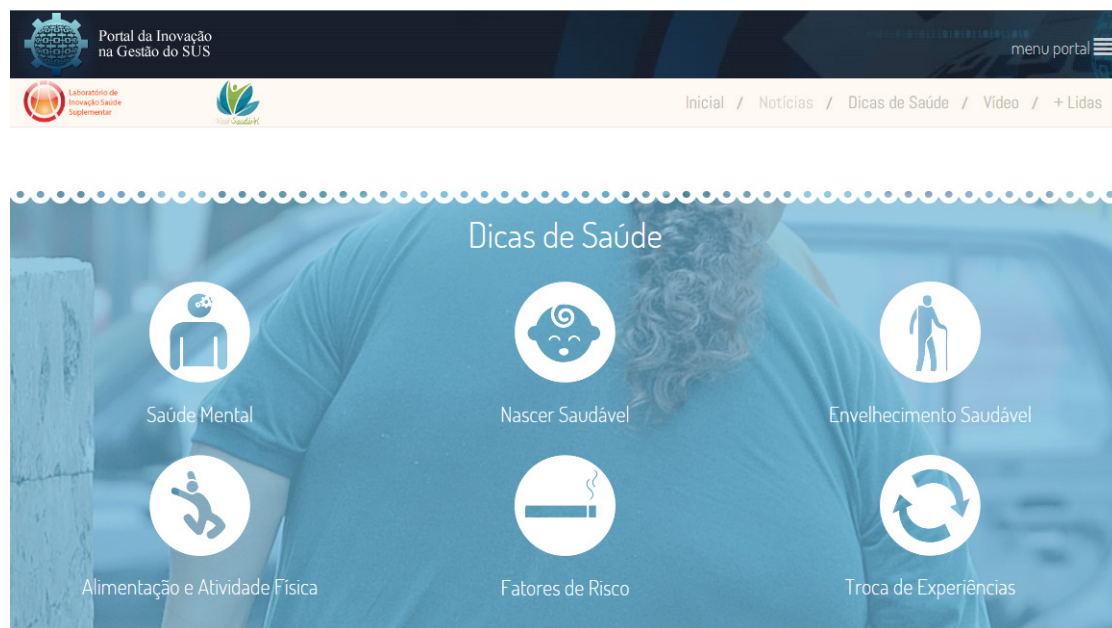


No encontro foi lançado o livro “Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar Brasileira: Resultados do Laboratório de Inovação”, publicação elaborada pela ANS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); bem como o novo Espaço Você Saudável, disponível no portal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

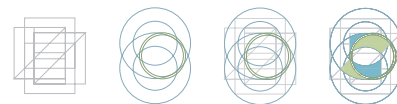
O formulário é respondido pelos responsáveis pelos programas e inclui perguntas sobre as principais ações que podem ser tomadas no ambiente de trabalho para a promoção da saúde dos funcionários.

As questões abordam 12 temas: apoio organizacional; controle do tabaco; nutrição; atividade física; controle de peso; gestão do estresse; gestão da depressão; pressão arterial elevada; colesterol elevado; diabetes; sinais e sintomas de ataque cardíaco e acidente vascular cerebral; e resposta de emergência para ataque cardíaco e derrame. Os profissionais de saúde brasileiros têm agora um importante instrumento – o primeiro disponível com este escopo em língua portuguesa – para colaborar na promoção de saúde nas empresas.

2.9 Espaço Você Saudável: ampliação do conteúdo



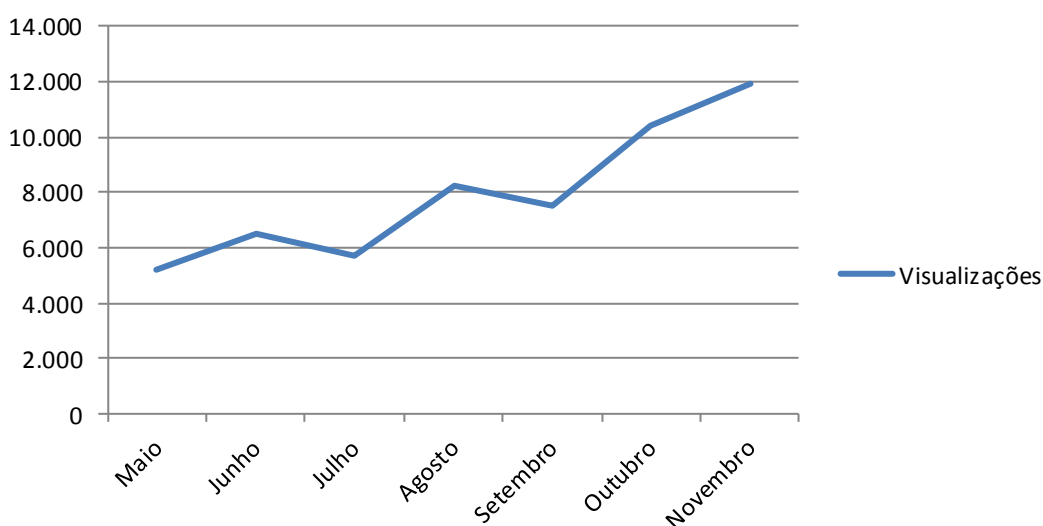
Em abril de 2013, a ANS lançou o espaço Você Saudável, com orientações voltadas à educação em saúde. Resultado da parceria da ANS com a OPAS, a nova área traz dicas para aumentar a qualidade de vida, incentivando a adoção permanente de hábitos saudáveis pela população.



Com linguagem simples e acesso fácil, a página possui vídeos, links e aplicativos. O objetivo é buscar a conscientização das pessoas sobre a necessidade de se adotar hábitos de vida saudável, orientando sobre a importância do controle dos fatores de risco e reunindo informações que resultem em mudanças de comportamento com impacto direto na qualidade de vida.

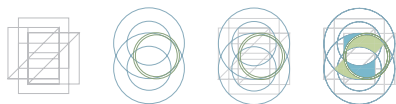
Em 2014, a ANS ampliou as informações sobre saúde, prevenção, bem-estar e qualidade de vida, entre as quais orientações para toda a família sobre o nascer saudável, mostrando as várias etapas do desenvolvimento do bebê, e sobre prevenção e controle do uso de álcool e drogas, dicas de especialistas sobre alimentação, atividade física, fatores de risco e envelhecimento saudável. A seguir o gráfico com o número de visualizações de página (número total de páginas visualizadas) do Espaço Você Saudável, de maio a novembro deste ano.

Número total de página visualizadas do Espaço Você Saudável, maio a novembro de 2014.

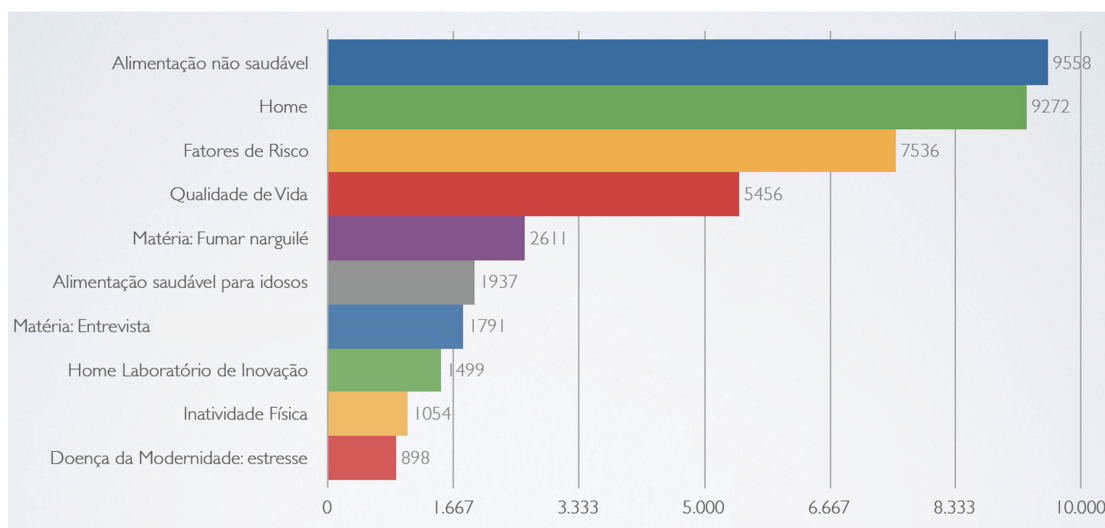


O alerta sobre partos prematuros e o desenvolvimento do bebê são alguns dos temas abordados sobre o nascer saudável. Para isso, o portal conta com o intercâmbio de informações com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Outra parceria é com a Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV). Assuntos relacionados à prevenção e controle do uso de álcool e drogas também estão presentes, com orientações úteis sobre as consequências do uso prolongado dessas substâncias para o organismo. É possível consultar ainda, na área denominada “Troca de Experiências”, os principais materiais produzidos pelas operadoras de planos de saúde relacionados às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A seguir as páginas mais acessadas do Espaço Você Saudável no período de maio a novembro de 2014.



As 10 páginas mais acessadas - Espaço Você Saudável, maio a novembro de 2014



2.10 Programa de Acreditação de operadoras de planos de saúde.

Até outubro de 2014, três entidades acreditadoras foram homologadas pela ANS e quatro operadoras obtiveram o certificado de acreditação.

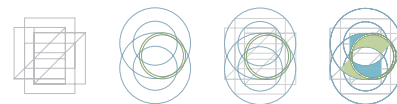
A acreditação de operadoras tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

O Programa consiste em uma série de indicadores, distribuídos em sete dimensões, cujo objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item, quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora. As dimensões são: i) programa de melhoria da qualidade; ii) dinâmica da qualidade e do desempenho da rede prestadora; iii) sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde; iv) satisfação dos beneficiários; v) programas de gerenciamento de doenças e promoção da saúde; vi) estrutura e operação; e vii) gestão. Essas dimensões possuem diferentes pesos e, para cada uma, foi estabelecida uma nota mínima, abaixo da qual não é possível a aprovação, independentemente da nota final alcançada.

A certidão de acreditação pode ser conferida em 3 níveis: Nível I: operadoras avaliadas entre 90 e 100 pontos; Nível II: avaliadas entre 80 e 89 pontos; e Nível III: entre 70 e 79 pontos. A acreditação é voluntária. Os organismos de certificação, considerados aptos pelo INMETRO e homologados pela ANS serão reconhecidos como entidades acreditadoras e serão os responsáveis pela condução da Acreditação nas operadoras.

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

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



No momento da adesão ao plano de saúde, o beneficiário ou seu representante legal deve informar à operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual, ser portador ou sofredor de doenças e lesões pré-existentes (DLP), sob pena de caracterização de fraude, caso em que está sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato.

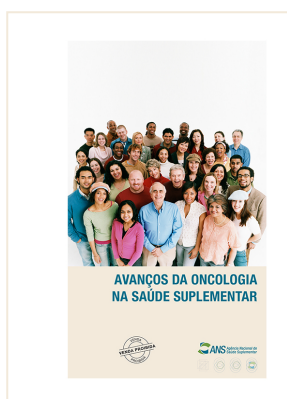
Esta Declaração de Saúde deve ser preenchida durante uma Entrevista Qualificada, realizada e paga pela operadora, executada por médico credenciado e/ou referenciado pela operadora, antes ou por ocasião da contratação do plano, para o correto preenchimento da declaração de saúde.

Na declaração são informadas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde e para esclarecer sobre questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. A entrevista qualificada também pode ser realizada por médico da escolha do beneficiário, que nesse caso arcará com a remuneração do profissional.

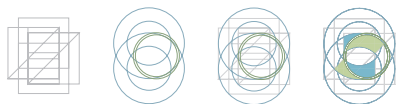
A partir da declaração de conhecimento de doença ou lesão pré-existente, é definida uma Cobertura Parcial Temporária (CPT), que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, contados a partir da data de contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Identificada uma suposta fraude por parte de beneficiário na declaração de saúde, as operadoras não podem suspender a cobertura nem rescindir unilateralmente o contrato sem que haja a expressa manifestação da ANS, após análise das alegações.

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

2.12 Livro Avanços da Oncologia na Saúde Suplementar



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



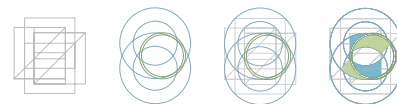
2.13 Campanha combate ao sedentarismo



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

O objetivo é chamar a atenção para a situação da inatividade física como fator de risco para diversas doenças que podem ser evitadas com hábitos mais saudáveis, e destacar alguns motivos para praticar atividades físicas: melhora a qualidade do sono; aumenta a tolerância ao estresse; facilita o controle do apetite e, consequentemente, a perda de peso; diminui os sintomas depressivos e ansiosos; diminui a frequência de gripes, resfriados e infecções respiratórias; reduz o risco de osteoporose, diabetes e câncer; fortalece os músculos e os ossos; melhora a frequência dos batimentos cardíacos, a circulação sanguínea e evita doenças cardiovasculares.

A Agência pretende, ainda, instituir no calendário oficial o primeiro domingo do mês de dezembro de cada ano como data em atenção à qualidade de vida na saúde suplementar.



3. SUSTENTABILIDADE DO SETOR

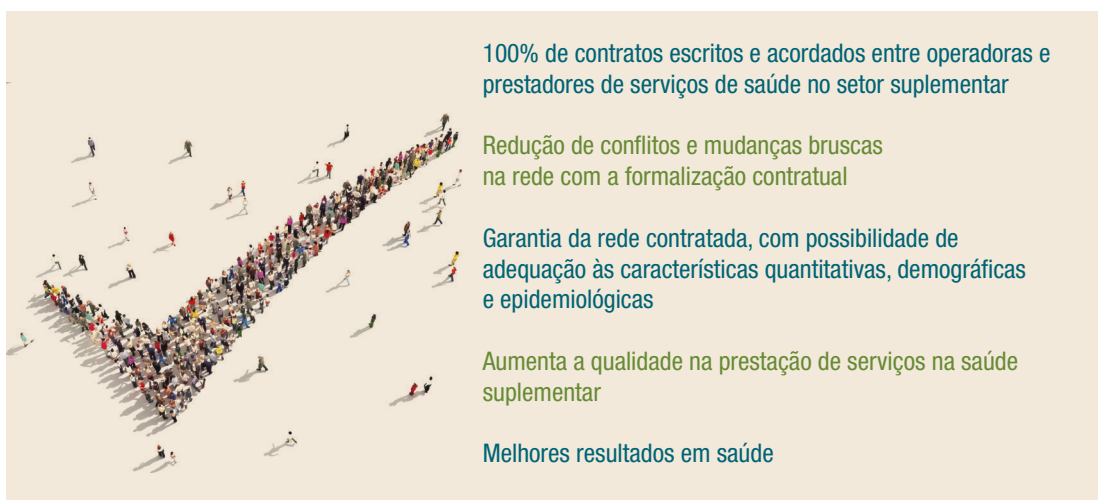
Em 2013 e 2014, entre as medidas tomadas pela ANS destacam-se: a regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014, com obrigações relativas à substituição de rede prestadora, comunicação ao beneficiário e regras de reajuste nos contratos entre operadores e prestadores; a primeira Audiência Pública da ANS sobre boas práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde; os estudos sobre a implantação dos princípios de Governança Corporativa no setor; a implementação dos procedimentos de adequação econômico-financeira (PAEF); e a nova oportunidade de adesão ao Programa de Conformidade Regulatória.

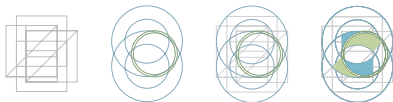
3.1 Regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014 - obrigatoriedade de substituir os prestadores de serviços de saúde descredenciados; de comunicar previamente ao beneficiário o descredenciamento; e obrigatoriedade de inclusão de regras de reajuste nos contratos entre prestadores de serviços de saúde e operadoras.

A ANS divulgou em 12 de dezembro de 2014, novas regras para os contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços em todo o país. Os consumidores do terão mais garantia sobre a rede contratada, já que as substituições de prestadores descredenciados serão obrigatórias e comunicadas previamente. A agência publicou três Resoluções Normativas e uma Instrução Normativa, que regulamentam e detalham como deverá ser seguida na prática a Lei 13.003, de junho de 2014. A lei e sua regulamentação entraram em vigor em 22 de dezembro de 2014.

A regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014, que reforça a obrigatoriedade de contratos por escrito e detalhados entre as operadoras e os prestadores, com as obrigações e responsabilidades específicas, foi debatida nos últimos seis meses no setor em uma audiência pública e em quatro câmaras técnicas promovidas pela ANS. Entidades representativas das operadoras, profissionais de saúde, além do Ministério Público, Ministério da Fazenda e outros órgãos do governo federal, além de órgãos de defesa do consumidor tiveram a oportunidade de participar ativamente com contribuições para a regulamentação.

O objetivo é garantir maior transparência e equilíbrio na relação entre empresas que comercializam planos de saúde e os prestadores de serviços e representa novo marco na regulação do setor e mais segurança para o consumidor. Cada vez que a operadora retirar um prestador não hospitalar – porque para o prestador hospitalar já existe regra própria –, o médico, o fisioterapeuta, a clínica, o ambulatório, por exemplo, terá que colocar outro prestador de serviço equivalente. O objetivo é garantir a assistência contratada ao consumidor. A meta regulatória da ANS está esquematizada na figura a seguir.





Novas regras para contratos

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

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

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

Substituição de prestadores de serviços

Cada prestador de serviço descredenciado deverá ser substituído por outro equivalente. Até então, a obrigatoriedade prevista na Lei nº 9.656, de 1998, valia somente para os serviços hospitalares.

Foi definida também a exigência de que as operadoras façam comuniquem aos consumidores sobre todas as substituições de prestadores de serviços não hospitalares – como clínicas, profissionais de saúde, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios. Essa comunicação deve ocorrer com 30 dias de antecedência, no mínimo.

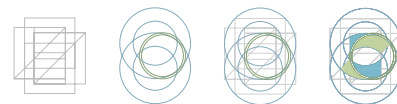
As normas publicadas pela ANS que regulamentam a Lei nº 13.003, de 2014 são:

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

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

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

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



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

Há mais de dez anos foram publicadas pela ANS as primeiras normas sobre os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e sua rede prestadora, conhecidas em seu conjunto por “contratualização”. Apesar disso, ainda há dificuldade entre estes segmentos em estabelecer uma relação contratual, existindo ainda discussões e divergências quanto a valores e glosas financeiros e suspensões de atendimentos a beneficiários.

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

A minuta da Resolução Normativa foi submetida à Câmara Técnica, Audiência Pública e Consulta Pública, tendo, essa última, recebido mais de mil contribuições. Foi criado um Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (COBOP) para definição de indicadores essenciais de monitoramento, como a ampliação da assistência em rede credenciada qualificada e a adequação dos processos relacionados à cobrança e pagamento dos compromissos assumidos pela operadora com o prestador.

No entanto, as contribuições recebidas na Consulta Pública evidenciaram a necessidade de mais discussões sobre o tema, pois foram poucas as propostas consideradas relevantes, o que demonstra, a princípio, a dificuldade tanto de operadoras como de prestadores em construir uma base de relacionamento fundamentada em condutas consideradas de boas práticas. Este fato, por si só, já indica a necessidade de uma política setorial pautada no incentivo à melhoria dessas relações.

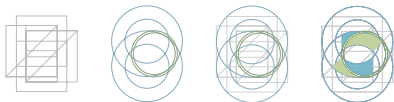
Dessa forma, a ANS definiu que os indicadores e ações relativos às boas práticas serão estabelecidos somente após mais estudos e pesquisas no âmbito de um Comitê Técnico.

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

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

Atualmente há uma diversidade na fundação e formação do mercado: heterogeneidade e carência de regras claras de conformidade, gerando dificuldade de investimento e credibilidade, com riscos operacionais. Os estudos sobre implantação de princípios de governança corporativa no setor visam a um aumento de eficiência e adoção de melhores práticas de gestão pelas operadoras.

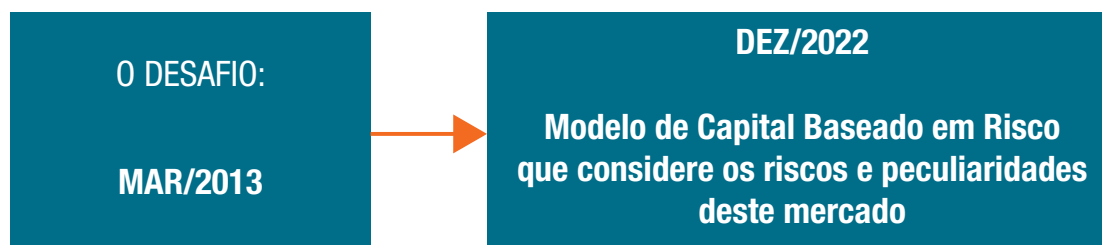
Em 2014, foi aprovado acordo de cooperação técnica entre a ANS e o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) e constituído Grupo Técnico com representantes das operadoras a fim de mapear as iniciativas já existentes e discutir contribuições para todo o setor. O relatório final está em elaboração a partir das contribuições dos representantes do setor e discussões com o IBGC.



3.4 Estudos sobre o impacto atual da regulação prudencial no setor e sobre modelos alternativos.

A ANS tem implementado exigências graduais de capitalização do mercado que visam não somente a incentivar boas práticas de gestão de riscos, mas também fortalecer financeiramente o setor para suportar os riscos aos quais as operadoras estão expostas para operarem. O atual estágio de maturidade das exigências regulatórias requer aperfeiçoamento, para não criar incentivos perversos que possam comprometer a qualidade assistencial em detrimento da segurança financeira, respeitando as características próprias de cada modalidade de operadora.

Em 2013, foi constituído o Grupo Técnico de Solvência para discutir aperfeiçoamentos nas regras atuais, sem perder de vista o que está ocorrendo em ambientes regulatórios nos setores bancário, de seguros e regulação internacional. O Grupo Técnico coordenado pela ANS se reuniu quatro vezes ao longo de 2013 e contou com representantes das seguintes instituições: Banco Central (BACEN); Superintendência Nacional de Previdência Complementar (PREVIC); Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE); Instituto Brasileiro de Atuária (IBA); Instituto dos Auditores Independentes do Brasil (IBRACON); Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras (FIPECAFI); Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE); Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE); Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG); Central Nacional das Cooperativas Odontológicas (UNIODONTO); União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); UNIMED DO BRASIL; e Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

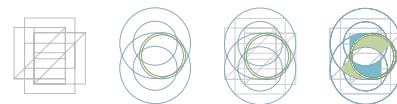


Após discussão sobre aspectos regulatórios a serem tratados nos próximos anos, ficou definida a necessidade imediata de pequenos ajustes nas regras atuais, especialmente nas seguradoras especializadas em saúde, e a criação de comissões permanentes para estudos temáticos das regras de solvência. Em 2014, está em curso a compilação das propostas para o início da revisão.

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

O eixo central da RN nº 307, de 2012 é a diferenciação dos requisitos para a recuperação econômico-financeira conforme o porte das empresas, o que pode conferir menor custo regulatório para as pequenas e médias operadoras. Estabelece também instrumentos mais eficientes para a análise de viabilidade das medidas e para o monitoramento das projeções que visam a efetiva recuperação econômico-financeira das operadoras acima de 100 mil beneficiários.

O objetivo da norma é garantir que as operadoras que possuam desequilíbrio econômico financeiro, inconsistências contábeis, ou que não atendam às regras prudenciais estabelecidas pela ANS – tais como exigência de solvência, de capital mínimo, de constituição de provisões técnicas e dos correspondentes ativos



garantidores – apresentem solução adequada para os problemas, de maneira a restabelecer a normalidade em prazo previamente determinado, assegurando, assim, que seus beneficiários mantenham o devido acesso às coberturas assistenciais, de forma contínua e qualitativa. Em 2013 e 2014, foi dada continuidade à implementação da medida.

3.6 Nova oportunidade de adesão ao Programa de Conformidade Regulatória

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

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

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

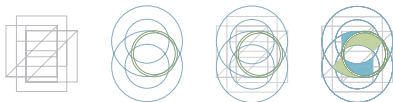
Com isso, a RN traz também um claro incentivo ao parcelamento e efetiva quitação dos débitos do ressarcimento ao SUS. Para tanto, haverá a suspensão da exigência de ativos garantidores para os débitos de parcelamento da dívida com o SUS, a partir da 3ª parcela. Isto significa que as operadoras com débitos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

3.7 Divulgação da Apuração Prévia dos Recursos Próprios Mínimos

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

3.8 Agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação de reajuste – *Pool de Risco*

Desde 2013, os reajustes anuais aplicados devem observar o constante na RN nº 309, de 2012, que estabelece regras de reajuste para os contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, agrupando estes contratos para cálculo de um reajuste único.



Os planos coletivos com menos de 30 beneficiários representam 85% dos contratos de planos de saúde no país, com cerca de dois milhões de usuários. Estas carteiras são as mais vulneráveis, tanto em relação à volatilidade dos reajustes aplicados, como pela possibilidade de mobilidade sem cumprimento de carência.

A medida tem a finalidade de proteger o consumidor a partir do momento em que determina a aplicação de um único percentual de reajuste para todos os planos com até 30 beneficiários de cada uma das operadoras. Dessa forma, há uma maior diluição do risco e as carteiras pequenas recebem reajustes mais equilibrados.

O índice de reajuste aplicado a todos estes contratos deverá ser divulgado pela própria operadora em seu portal na internet, no mês de maio de cada ano, ficando vigente até abril do ano seguinte e podendo ser aplicado a cada contrato nos seus respectivos meses de aniversário. A informação sobre o percentual aplicado por cada operadora ao seu conjunto de contratos deve ser divulgada em seus sites na internet em área de acesso irrestrito e de fácil localização.

3.9 Projeto de ampliação da eficácia na divulgação da rede credenciada das operadoras aos beneficiários

O projeto foi desenvolvido com o objetivo de melhorar o acesso dos beneficiários de planos de saúde aos prestadores de serviço através da disponibilização eficaz da rede assistencial das operadoras em seus portais corporativos, de forma atualizada e georreferenciada, em cumprimento à Resolução Normativa - RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

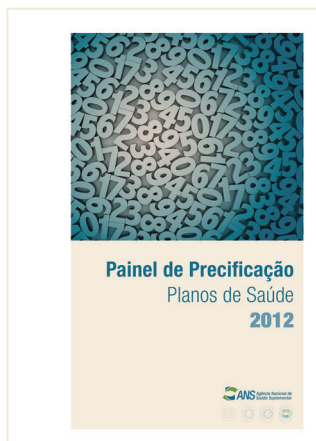
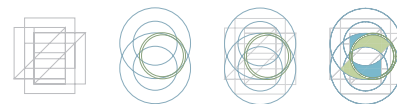
A norma está em vigor para as operadoras de grande porte desde junho de 2012 e, a partir de dezembro de 2012, para as operadoras de pequeno e médio porte. A partir do monitoramento realizado observou-se que não havia o cumprimento integral das exigências previstas, sendo importante a atuação da ANS no sentido de instruir às entidades representativas e, consequentemente, às operadoras, para a correta disponibilização das informações sobre a rede assistencial em seu sítio eletrônico.

O projeto teve duas etapas finalizadas: realização de workshop com as entidades representativas das operadoras, no 1º trimestre e verificação posterior da melhoria do cumprimento do normativo pelas operadoras de grande porte, no 3º trimestre de 2014.

Será divulgada no sítio da ANS a finalização do Monitoramento do Georreferenciamento de 2014, informando previamente que as operadoras cujo cumprimento do normativo apresentou inconsistências serão oficiadas para prestar esclarecimentos e elaboração de ofícios para todas as operadoras em que não foi verificado o cumprimento total do normativo, oportunizando a apresentação de defesa, em atenção ao contraditório e ampla defesa.

3.10 Seminário sobre mudanças no perfil da população brasileira

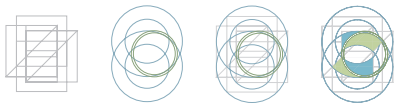
O Seminário “As mudanças demográficas e seus impactos sobre a Saúde Suplementar” foi realizado pela ANS, voltado para instituições que atuam no setor. Trouxe para discussão os impactos que o aumento da expectativa de vida e a queda da fecundidade trarão, em longo prazo, para os modelos de financiamento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



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

3.11 Seminário Perspectivas para a Sustentabilidade da Saúde Suplementar

O Seminário interno, realizado em novembro, permitiu a reflexão acerca dos seguintes temas: contextualização setorial; concorrência no setor; a questão dos preços da saúde; a importância da Saúde Suplementar para a economia e o impacto da regulação no setor de saúde. O objetivo do seminário foi possibilitar maior contato entre esta comunidade acadêmica e os servidores da Agência, na busca de embasamento teórico para a ANS lidar com os desafios regulatórios setoriais.

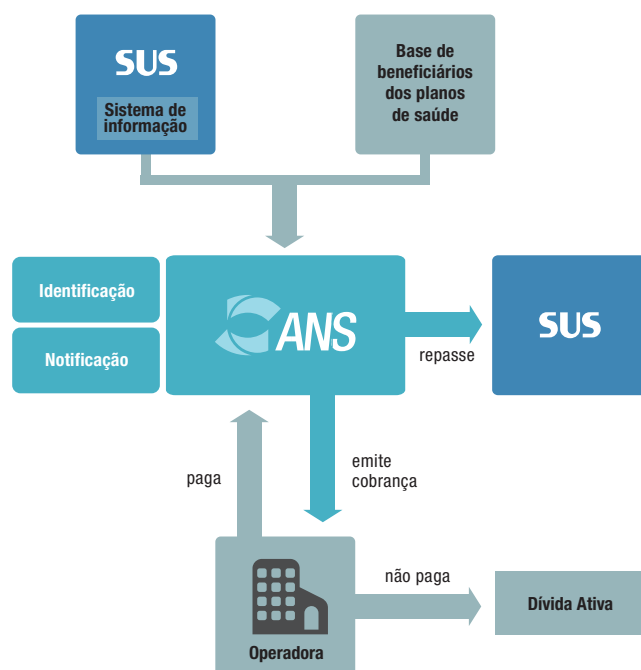


4. FOCO NA INTEGRAÇÃO COM O SUS

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

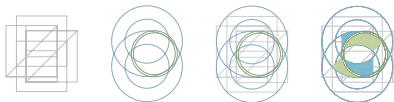
4.1 Ressarcimento ao SUS

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



Para efetuar o ressarcimento ao SUS é necessária a instauração de um processo administrativo, nos moldes do disposto na Lei nº 9.784, de 1999, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa das operadoras. Na prática, esse processo administrativo é instaurado após a ANS identificar os beneficiários de planos de saúde atendidos pelo SUS, por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e cruzar as informações destes com o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB/ANS). A partir da identificação dos beneficiários de planos de saúde, a ANS notifica as operadoras sobre os recursos que devem ser ressarcidos ao SUS e cobra a devolução.

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



Avanços no ressarcimento ao SUS COMO ERA ANTES



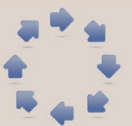
Processo de trabalho era mais extenso

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



Centralização do gerenciamento das atividades

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



Processos de trabalho podiam se repetir

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



Carência de pessoal no setor

Avanços no ressarcimento ao SUS COMO É AGORA



Reorganização dos processos, tornando os fluxos de trabalho mais ágeis

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



Criação de coordenadorias especializadas, dinamização dos fluxos

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

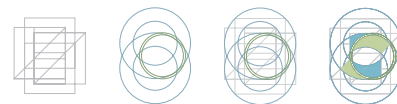


Padronização das atividades e definição de metas individuais e por equipe



Contratação de 89 temporários e 77 terceirizados desde 2010

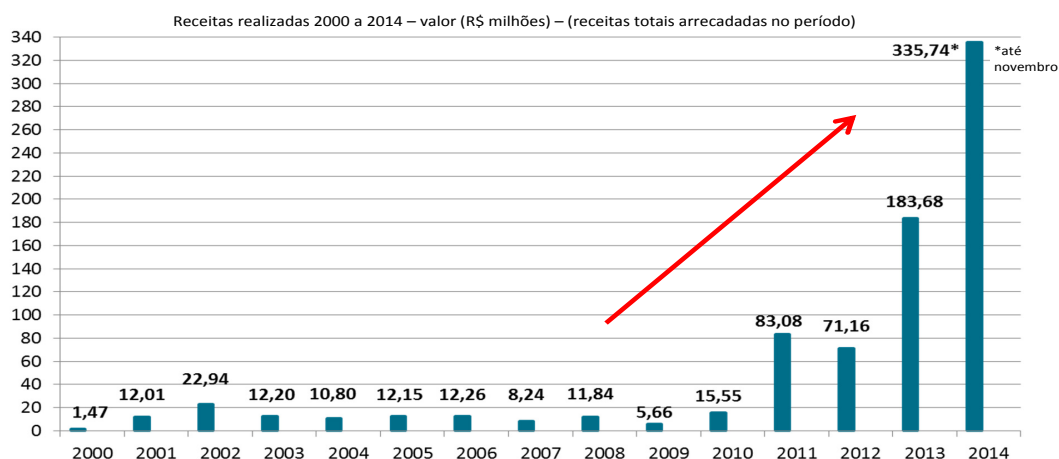
- É o equivalente a 10% de toda a mão de obra da ANS



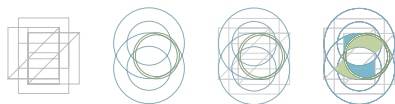
Em 2013, o ressarcimento ao SUS realizado pelas operadoras foi de R\$ 183 milhões, totalizando R\$ 322 milhões, de 2011 a 2013. Este valor foi duas vezes superior aos R\$ 125 milhões ressarcidos de 2001 a 2010. De janeiro a novembro de 2014, o montante pago pelas operadoras à ANS foi de R\$ 315,18 milhões, o que representa um aumento de 82% em relação ao valor total ressarcido em 2013. A arrecadação no período de 2011 a 2014 foi de R\$ 673,66 milhões.

O volume de recursos ressarcidos ao SUS cresceu devido à intensificação da cobrança realizada pela ANS. O resultado deve-se ao constante aprimoramento dos processos de gestão e à contratação de novos servidores para agilizar o ressarcimento. Além disso, houve a priorização da inscrição das operadoras inadimplentes em dívida ativa e a determinação para que as operadoras incluam em seus balanços a dívida com o ressarcimento, com garantias e provisões para as dívidas atuais e futuras. Estas são formas de induzir ao pagamento efetivo pelas empresas.

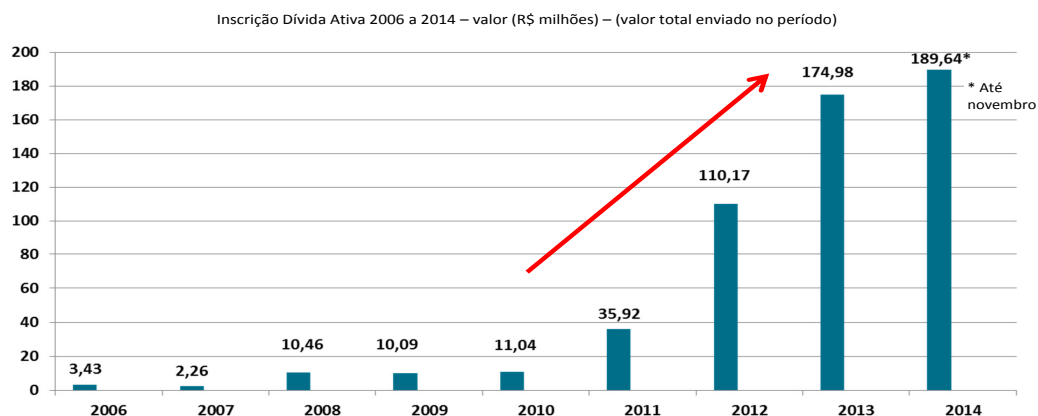
Ressarcimento ao SUS - Receita (2000-2014)



Em 2014, até o mês de novembro, R\$ 189,64 milhões foram encaminhados para a dívida ativa, e de 2011 a novembro de 2014 este valor foi da ordem de R\$ 510,71 milhões, recursos que estão sendo cobrados via Judiciário, pela União.



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



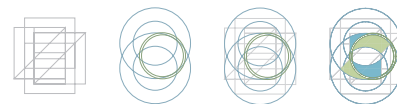
4.2 PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS

A partir de 6 janeiro de 2015, todos os pedidos de impugnação e recurso encaminhados pelas operadoras à ANS nos processos de ressarcimento ao SUS deverão ocorrer exclusivamente por meio eletrônico. Para isso, a ANS lançou o PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS. O sistema online permite a tramitação digital dos documentos de impugnação e recurso dos processos de ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde. O objetivo é dar mais agilidade e melhorar o processo de ressarcimento, reduzindo custos e aumentando o controle sobre as operações. O sistema já está disponível. As determinações constam na Resolução Normativa nº 358 e na Instrução Normativa nº 54, ambas publicadas em dezembro de 2014. Todo o material de orientação para as operadoras começarem a utilizar o sistema (módulo gestão de contas) já está disponível no portal da ANS.

Melhoria do processo de ressarcimento

PERSUS - PROTOCOLO ELETRÔNICO DO RESSARCIMENTO AO SUS

- Sistema online para a tramitação digital de pedidos de impugnação e recurso dos processos de ressarcimento ao SUS
- Permite que as operadoras possam enviar eletronicamente os documentos, dando mais agilidade e melhorando o processo de ressarcimento, com maior controle e redução de custos
- A partir de 6 de janeiro de 2015, todas as impugnações e recursos deverão ser encaminhadas exclusivamente pelo PERSUS



4.3 Listagem das operadoras inadimplentes com o ressarcimento ao SUS no portal da ANS

Em junho de 2014, a Agência passou a divulgar em seu portal a listagem das operadoras inadimplentes com o ressarcimento, que terá atualização periódica. Essa medida visa à transparência no processo de ressarcimento ao SUS, pois a consulta indica se a operadora está em dia com o ressarcimento ou, caso contrário, o percentual de sua dívida com o SUS.

O cálculo do percentual de inadimplência das operadoras é feito a partir da soma dos valores pagos e valores em parcelamento, divididos pelos valores cobrados relativos ao ressarcimento ao SUS. Não estão incluídos os valores relativos aos depósitos judiciais efetuados por operadoras que questionam judicialmente os débitos apontados.

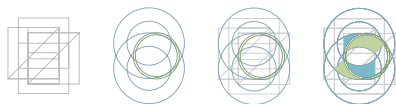
O levantamento de maio de 2014 considera o montante de ressarcimento ao SUS cobrado até então de todas as operadoras na história do ressarcimento, o que corresponde a um total de 1.493 operadoras. Entre as operadoras de pequeno porte (aquelas com até 20 mil beneficiários), 25% estão em dia com os pagamentos. Entre as de médio porte (entre 20 mil e 100 mil beneficiários), 16%. Entre as de grande porte (acima de 100 mil consumidores), são 20%. Do total de 1.493 operadoras que constam na listagem, 835 estão com registro ativo na ANS atualmente. Deste conjunto de operadoras ativas, 46% possuem índice de inadimplência entre 75% e 100%.

Transparência no ressarcimento ao SUS

The screenshots show the ANS website interface. The first screenshot displays the 'Listagem das operadoras inadimplentes com o ressarcimento ao SUS' (List of operators with arrears in reimbursement to the SUS). The second screenshot shows the 'Percentual de Pagamento Administrativo das Operadoras junto ao Ressarcimento ao SUS' (Administrative Payment Percentage of Operators to the SUS Reimbursement). The third screenshot shows the 'Percentual de Pagamento Administrativo das Operadoras junto ao Ressarcimento ao SUS' (Administrative Payment Percentage of Operators to the SUS Reimbursement). Red arrows point from the text below to the relevant sections in the screenshots.

- A listagem das operadoras inadimplentes com o ressarcimento com o SUS pode ser conferido no portal da ANS.

Estão sendo realizados estudos para redução do custo operacional do ressarcimento, para a ANS e operadoras, trazendo a cobrança para o início do processo. Está em curso também a definição das regras de negócio para o sistema eletrônico para o ressarcimento dos procedimentos realizados no SUS por meio da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC).



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



Em dezembro de 2014, a ANS e o Ministério da Saúde lançaram um conjunto de medidas que além de trazer diversas melhorias ao processo de trabalho da Agência, representa a integração real entre a saúde pública e a saúde suplementar. Do ponto de vista do usuário, as ações regulatórias são um instrumento para que se cumpram os contratos firmados com as operadoras, e o uso do Cartão Nacional de Saúde e um maior acesso à informação são ganhos imediatos.

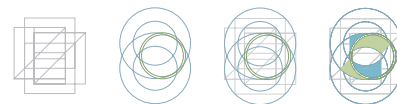
Entre as medidas, a ANS divulgou um mapeamento inédito sobre as operações de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). A análise compreendeu as notificações realizadas entre 2008 e 2012 e mostra o perfil dos usuários e procedimentos realizados, oferecendo um panorama detalhado das situações em que as pessoas com planos de saúde mais recorreram ao SUS no período.

O mapeamento ajuda a ANS a induzir as operadoras de planos de saúde a melhorar seus serviços e a criar novos mecanismos de regulação. Nos quatro anos analisados, houve 1.224.114 notificações de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Os atendimentos de urgência e emergência predominaram, representando 68,46% do total, enquanto os eletivos atingiram 30,3%.

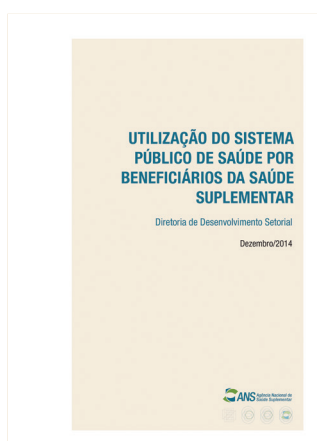
Entre os procedimentos mais procurados, os partos (normal e cesárea) ocuparam o primeiro lugar, seguido de tratamento para pneumonia ou gripe e diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica. As mulheres foram maioria entre os usuários de planos de saúde que procuraram o SUS: 58,1%. Em relação à faixa etária, jovens entre 25 e 34 anos representaram a maior parte dos beneficiários atendidos. A maioria das notificações ocorreu em entidades beneficentes sem fins lucrativos.

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

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



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



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

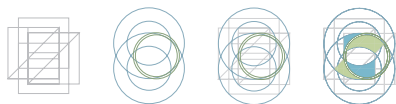
4.5 Número do Cartão Nacional de Saúde

O envio do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) pelas operadoras para a ANS, como um dos identificadores do beneficiário de plano de saúde, já constava em norma desde 2004, porém o fornecimento dessa informação era facultativo. Ao torná-lo obrigatório, por meio da RN nº 250, de 2011; RN nº 295, de 2012 e RN nº 303, de 2012, o objetivo foi estabelecer um número que, em conjunto com o número do Cadastro Nacional de Pessoa Física (CPF), da Receita Federal, permitisse a identificação unívoca do beneficiário de plano de saúde. A identificação unívoca é um importante passo para o aumento da cobrança do ressarcimento. O número do cartão permitirá identificar se a pessoa é beneficiária de plano de saúde.

Em maio de 2012, a ANS recebeu os números do CNS de 31 milhões de consumidores, gerados pelo Ministério da Saúde. Estes dados ficaram disponíveis para as operadoras a partir de junho de 2012. O Ministério da Saúde e a ANS concluíram a primeira etapa do cadastramento de beneficiários de planos de saúde no Sistema Cartão Nacional de Saúde.

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

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



Cartão Nacional de Saúde para todos

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

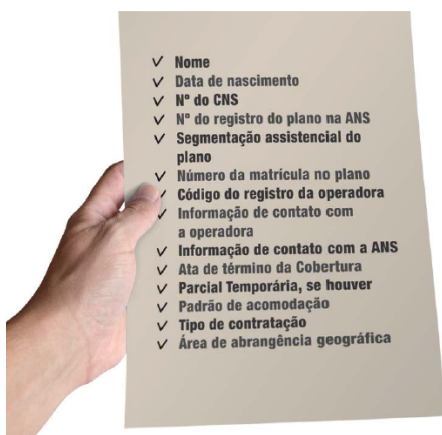
As operadoras terão **6 meses** para informar aos seus beneficiários o número do CNS

4.6 Identificação Padronizada para uso pelos beneficiários de planos de saúde

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

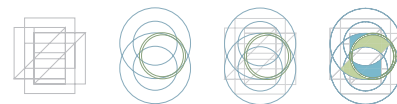
Melhor identificação de beneficiários

Identificação padronizada



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

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



4.7 Sistema COMPROVA no portal da ANS

Os consumidores também podem consultar os seus dados informados pelas operadoras à ANS no portal da Agência por meio do sistema Comprovante de Dados Cadastrais (Comprova), que contém os dados cadastrais do beneficiário. O sistema permite aos consumidores consultar e alterar os seus dados. Dessa forma, os usuários terão mais controle das informações e facilidade ao buscar atendimento pela ANS.

Melhor identificação de beneficiários

COMPROVA

- Os consumidores podem consultar pelo portal da ANS os seus dados informados pelas operadoras através do sistema **COMPROVA**
- Pelo sistema, os consumidores também podem informar se há algum **dado incorreto** que precisa ser corrigido
- Medida garante ao consumidor **acesso à informação** e **mais agilidade** nas consultas aos dados cadastrais
- E-mail para esclarecimentos e informações: **comprova@ans.gov.br**

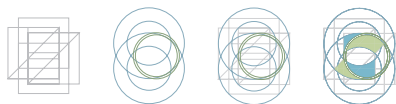


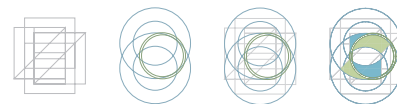
4.8 Registro Eletrônico de Saúde (RES)

No processo de construção do Registro Eletrônico de Saúde, dirigido pelo Ministério da Saúde, está em andamento a unificação das terminologias e a melhoria da versão 3.0 do padrão TISS. As medidas tomadas para a atribuição do número do Cartão Nacional de Saúde para os beneficiários de planos de saúde contribuem para a criação de um registro eletrônico tanto para os usuários da saúde pública como para os da saúde suplementar.

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

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





5. FOCO NA FISCALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO SETORIAL

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

5.1 Mediação de conflitos também para demandas não assistenciais

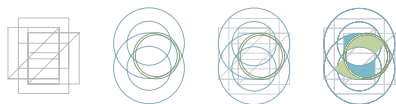


Até 18 de março de 2014, a Notificação de Investigação Preliminar (NIP) foi um instrumento de mediação que visava à solução consensual de conflitos de cobertura assistencial entre operadoras e consumidores sobre negativa de cobertura. O procedimento de funcionamento da NIP tinha sido regulamentado pela RN nº 226, de 2010.

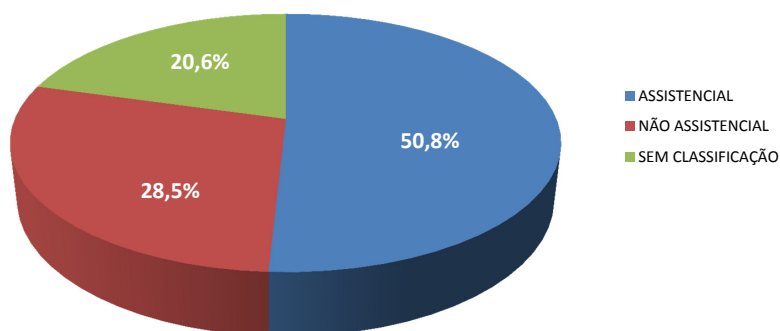
Em 19 de março de 2014, entrou em vigor a RN nº 343, que revogou a RN nº 226 e, desde então, a NIP passou a ser um procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar, que consiste em um instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde. Assim, todas as demandas de reclamação, não somente as de restrição ao acesso de cobertura assistencial, recebidas pela ANS, nas quais o consumidor seja diretamente afetado e a situação seja passível de mediação, passaram a ser automaticamente tratadas no procedimento da NIP.

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

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

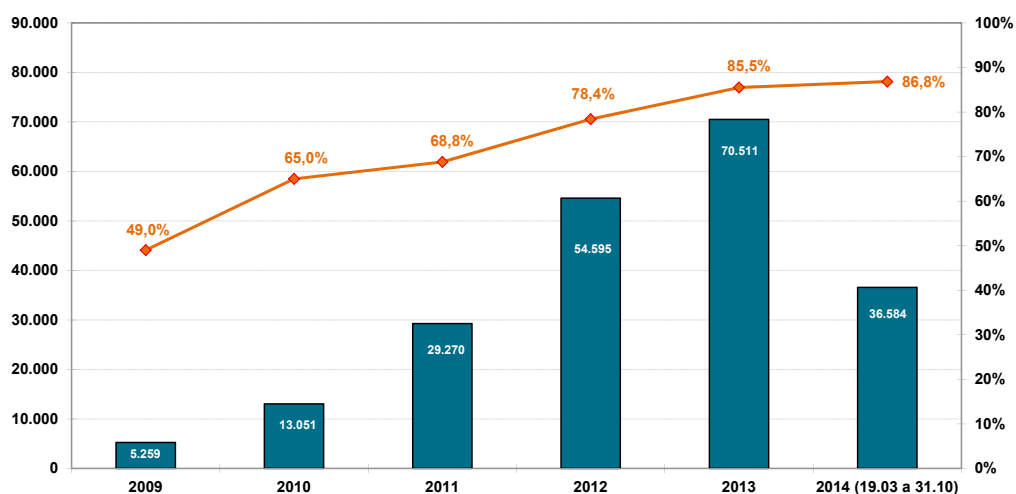


Perfil de Reclamações recebidas pela ANS em 2014

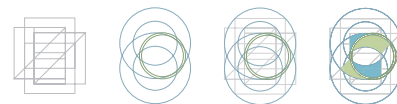


Em 2014, entre as reclamações recebidas, 69.441 foram objeto de notificação. Destas, 50.203 foram resolvidas por mediação de conflitos. O índice de resolutividade, calculado só para as demandas assistenciais, no período de 19 de março a 31 de outubro de 2014, foi de 86,8%. A partir de 19 de março de 2014, com a entrada em vigor da RN nº 343, a taxa de resolutividade da NIP passou a ser calculada somente para as demandas assistenciais.

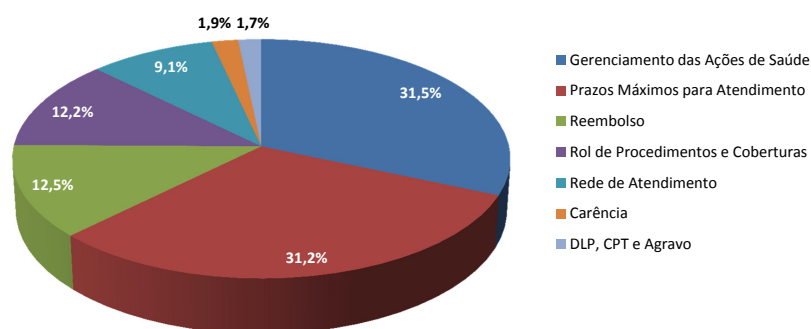
Resolutividade da NIP (2009 a 2014), dados extraídos em 18/11/2014



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



Reclamações assistenciais NIP por assunto (2014), dados extraídos em 18/11/2014

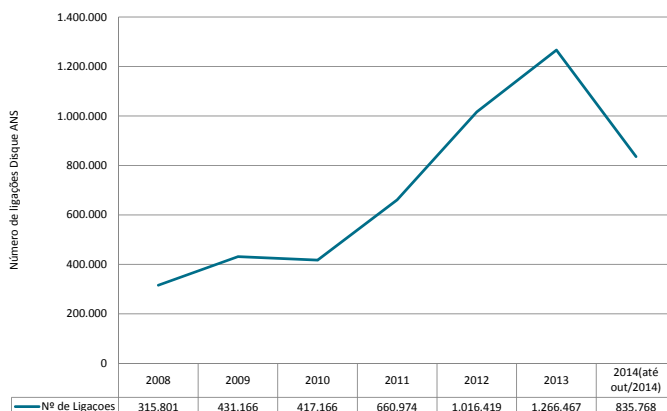


5.2 Disque ANS

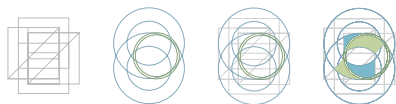
A ANS mantém à disposição dos beneficiários de planos de saúde, uma Central de Relacionamento para o esclarecimento de dúvidas e registro de reclamações/denúncias sobre os serviços de operadoras.

Em março de 2013, a Agência duplicou a capacidade de atendimento pelo Disque ANS para facilitar o acesso dos consumidores, passando de 45 para 90 ligações simultâneas no atendimento humano e eletrônico. O número de postos de atendimento aumentou de 47 para 68, permitindo o atendimento humano simultâneo de 68 usuários. Cerca de 90% das reclamações dos beneficiários são cadastradas pela Central de Relacionamento da ANS (portal na internet e Disque ANS). O gráfico a seguir demonstra a evolução do número de ligações recebidas pelo Disque ANS, de 2008, até outubro de 2014.

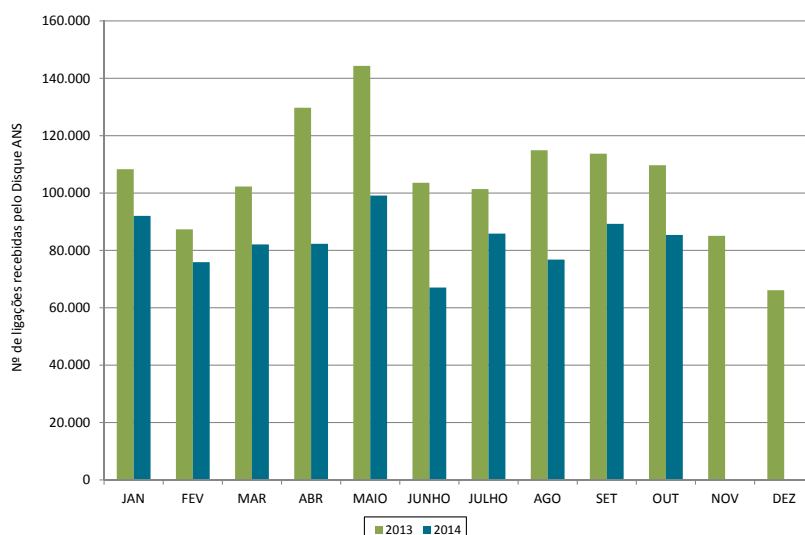
Evolução do número de ligações recebidas pelo Disque ANS (2008-2014)



De janeiro até outubro de 2014, o Disque ANS recebeu 835.768 ligações em busca de informações ou para fazer reclamações, o que representou uma queda de 25,1% em relação ao mesmo período de 2013. Destas chamadas, 59.001 foram reclamações, com uma queda de 27,20% em relação ao ano anterior; e 262.008 foram pedidos de informação, apresentando redução de 25,01%, em relação ao mesmo período de 2013, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

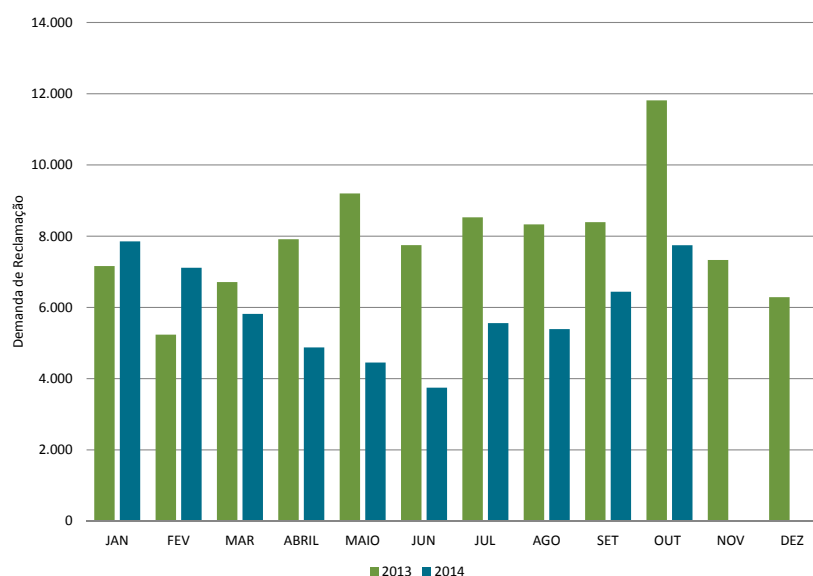


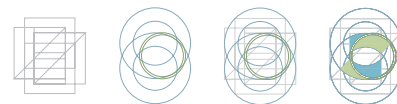
Evolução do número de ligações recebidas pelo Disque ANS (2013 até outubro de 2014)



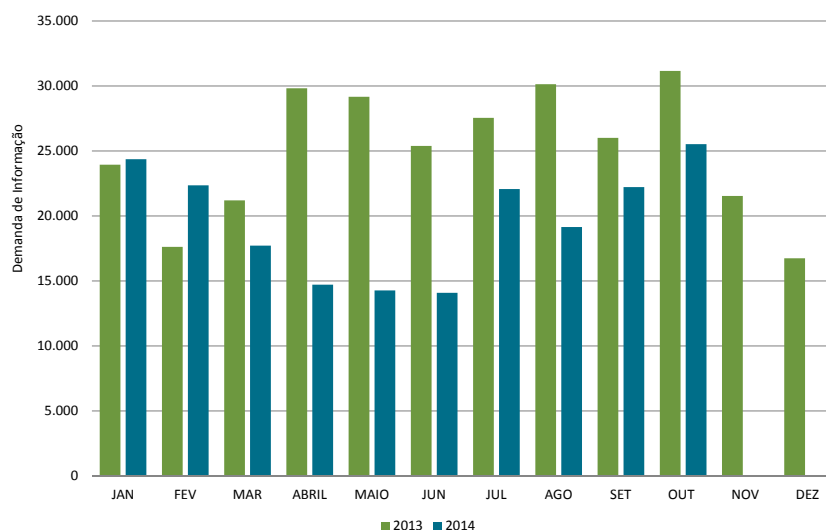
Boa parte ligações recebidas pela ANS é finalizada por meio da Unidade de Resposta Audível (URA). Há também ligações improcedentes e outras sobre o andamento de protocolos de atendimento. Assim, do total de 835.768 ligações recebidas no Disque ANS, 59.001 foram reclamações, com uma queda de 27,20% em relação ao mesmo período de 2013; e 262.008 foram pedidos de informação, apresentando uma queda de 25,01% em relação ao mesmo período de 2013. A seguir os gráficos das demandas de reclamação e de informação, de 2013 até outubro de 2014.

Demandas de Reclamação (2013-2014)





Demandas de Informação (2013-2014)



INTEGRAM A CENTRAL DE RELACIONAMENTO DA ANS:

Disque ANS: 0800 701 9656 - Ligação gratuita de qualquer cidade do Brasil, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

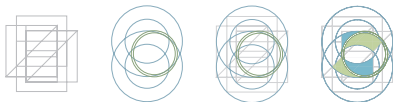
Central de Atendimento ao Consumidor: Disponível no portal www.ans.gov.br. Por esse canal, as dúvidas, as sugestões e as reclamações são enviadas por e-mail.

Carta: Correspondências endereçadas à Diretoria de Fiscalização/Central de Relacionamento ANS, no endereço: Rua Augusto Severo, 84 - Glória - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20021-040.

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

5.3 Acompanhamento das reclamações no portal da ANS

Desde março de 2014, os beneficiários que fazem reclamação por qualquer um dos canais de relacionamento da ANS podem acompanhar o andamento de sua demanda pelo portal da Agência na internet. A consulta para acompanhamento de reclamações feitas à ANS pode ser feita no portal da ANS, no Espaço do Consumidor, na seção Acompanhamento de Solicitações. Lá estão disponíveis todos os documentos referentes à demanda, como pareceres da Agência e as respostas das operadoras. Como já referido, as operadoras passaram a ter um espaço próprio, no portal da ANS, onde são notificadas sobre as demandas e anexarem suas respostas.



ACOMPANHAMENTO DE SOLICITAÇÕES

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

5.4 Obrigatoriedade de criação de Ouvidoria pelas operadoras

A partir da Resolução Normativa nº 323, publicada em 4 de abril de 2013, as operadoras de planos de saúde foram obrigadas a criar Ouvidorias vinculadas às suas estruturas organizacionais.

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

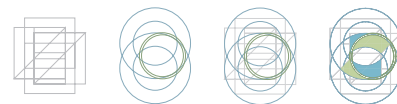
Esta regra, proposta pela Ouvidoria da ANS, foi mais um passo para facilitar o acesso dos consumidores ao que foi contratado junto às operadoras. Seu propósito é reduzir os conflitos entre os consumidores e a operadora, por meio do olhar estratégico do ouvidor, restabelecendo a credibilidade na relação com os clientes.

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

As ouvidorias das operadoras não substituem os canais convencionais de atendimento. Elas existem para solucionar questões dos consumidores que já recorreram aos serviços de atendimento habituais e não tiveram suas demandas resolvidas satisfatoriamente.

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

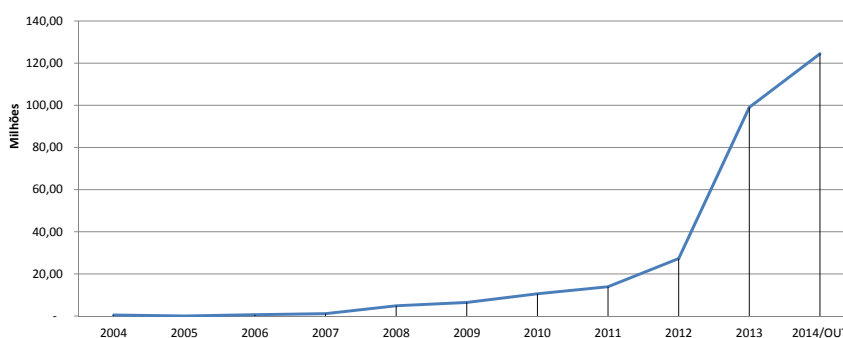
Conquistou também o prêmio da categoria “Aprimoramento das Atividades de Ouvidoria”, conferido pelo 2º Concurso de Boas Práticas da Controladoria-Geral da União (CGU), em razão da iniciativa e da implementação bem sucedida de ouvidorias nas operadoras de planos de saúde.



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

O incremento na cobrança de multas por auto de infração foi substancial em 2014. Como resultado do aperfeiçoamento do trabalho relativo às decisões de processos administrativos sancionadores, bem como a contratação de servidores temporários, a ANS reduziu drasticamente o tempo de tramitação dos processos em segunda instância e a cobrança das respectivas multas às operadoras. Em 2013, a Diretoria Colegiada julgou 3.024 processos. Em 2014, foram 6.212 processos julgados.

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



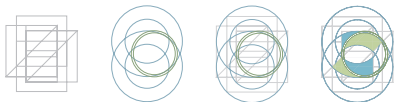
Além das medidas gerenciais aplicadas aos processos em segunda instância, houve também importante incentivo para as operadoras quitarem seus débitos: o Programa de Conformidade Regulatória, implementado em 2011 pela ANS e aberto para nova oportunidade de adesão em maio de 2013. Pelo programa, as operadoras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

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

5.6 Consulta às decisões de segunda instância são facilitadas

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

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



ACOMPANHAMENTO DE PROCESSOS

Acompanhe aqui as decisões de processos.

5.7 Contribuição para entendimentos jurídicos sobre direito à saúde

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

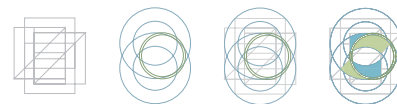
Durante a I Jornada Nacional da Saúde, em maio de 2014, 45 enunciados foram aprovados em plenária, 17 dos quais relativos especificamente à saúde suplementar. Estes enunciados tratam de assuntos como reajuste dos planos de saúde e negativa de cobertura para procedimentos de alta complexidade, entre outros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

5.8 Ferramentas para subsidiar magistrados em litígios de saúde

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

A CONITEC, responsável por assessorar o Ministério da Saúde sobre a incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, além da constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, disponibilizou endereço de e-mail conitec@saude.gov.br para que juízes enviem solicitações de informações técnicas em processos sobre saúde, como demandas para fornecimentos de medicamentos que não estejam na lista do SUS.

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



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

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



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

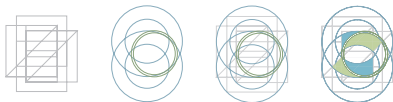
5.10 Parceiros da Cidadania

A articulação institucional da ANS é feita por meio de uma série de ações, entre as quais a do Programa Parceiros da Cidadania. Em sua fase inicial, em 2003, o programa limitou-se a divulgar aspectos básicos da legislação setorial aos consumidores, por meio da distribuição de material informativo e da realização de seminários.

A partir de 2007, o programa foi ampliado, procurando a aproximação com os órgãos e as entidades de defesa do consumidor, a exemplo dos PROCONs e dos órgãos da Defensoria Pública e do Ministério Público, em busca também da melhoria da fiscalização setorial. Foram contínuas as ações de divulgação dos direitos dos consumidores, a exemplo de materiais informativos, e também a publicação de informativo eletrônico para os parceiros do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e para as Centrais Sindicais.

Em 2010, além do trabalho com os órgãos e as entidades de defesa do consumidor, as seis Centrais Sindicais do país passaram a integrar o programa. A relevância dessa aproximação deve-se ao fato de que mais de 65% dos beneficiários de planos de saúde têm planos coletivos empresariais, do que decorre a necessidade da inserção qualificada do mundo do trabalho no processo regulatório do setor.

Em março de 2013, a ANS promoveu o Encontro Nacional Parceiros da Cidadania, reunindo representantes de instituições e de órgãos de defesa do consumidor. O objetivo foi discutir os avanços e desafios da regulação, além de estratégias para diminuição da assimetria de informação. Entre os assuntos abordados, foi acordada a criação de fóruns regionais de Saúde Suplementar e definidos planos de trabalho conjunto. O objetivo dos fóruns é, além de tratar os problemas que por vezes afligem regionalmente o setor, promover um permanente ambiente de diálogo e participação que contribua para a construção de um setor sustentável, no aspecto



assistencial e econômico-financeiro. Foi reafirmado ainda o compromisso da continuidade da cooperação entre a ANS e as Centrais Sindicais, para capacitação sobre a regulação setorial.

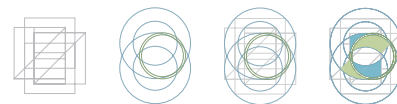
5.11 Grupos de Trabalho em articulação com o Poder Executivo e Judiciário

No âmbito da Presidência da República, a ANS participa do Comitê Consultivo do Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação (PRO-REG). Em articulação com o Ministério da Justiça, a Agência integra o Comitê de Consumo e Regulação – PLANDEC (SENACON/MJ). Em articulação com o Poder Judiciário, a participa do Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ); e do Comitê Executivo Distrital de Saúde. Quanto às demais agências reguladoras, a ANS participa da Câmara Setorial de Serviços de Saúde da ANVISA.

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

O Ministério da Saúde manteve, em 2014, alguns grupos de trabalho temáticos dos quais a ANS participa oficialmente: Comitê de Saúde e Direitos Humanos; Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS); Comitê Gestor do Fortalecimento das Ações para a Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama; Comitê Gestor das Redes de Urgência e Emergência (RUE); Comitê Gestor da Saúde Mental; Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM); Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN); Comitê de Implantação/Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP/ PNSP); Grupo de Trabalho de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME); Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS); Comissão Técnica Permanente de Assuntos Internacionais de Saúde; Conselho Editorial do Ministério da Saúde (CONED); Comitê Executivo do Plano Setorial de Saúde de Mitigação e Adaptação às Mudanças Climáticas (PSMC-SAÚDE); Comissão sobre Acesso e Uso do Genoma Humano; Comissão de Monitoramento e Avaliação do Cumprimento da Lei nº 12.732/2012; e Comitê de Agenda do Ministro da Saúde.

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



6. FOCO NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Com foco no estímulo à participação da sociedade, a Agência dispôs suas principais normas de 2014 em Consulta Pública e realizou suas primeiras audiências públicas, desde a sua criação. Obteve sugestões da sociedade e do setor regulado nas Câmaras e Grupos Técnicos que trabalharam em 2014, e por meio de sua Ouvidoria manteve um canal para sugestões e reclamações sobre a sua atuação.

6.1 Câmara de Saúde Suplementar

A Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) é o órgão de participação institucionalizada da sociedade, permanente e consultivo, que auxilia a Diretoria Colegiada nas suas discussões. As competências da Câmara são: i) acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar; ii) discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor; iii) colaborar para as discussões e para os resultados das Câmaras Técnicas; iv) auxiliar a ANS a aperfeiçoar o setor de assistência suplementar à saúde no país; e v) indicar representantes para compor câmaras e grupos técnicos, sugeridos pela Diretoria Colegiada. Em 2013 e 2014, a Câmara de Saúde Suplementar reuniu-se por oito vezes, para discutir temas prioritários do setor.

6.2 Ouvidoria da ANS

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

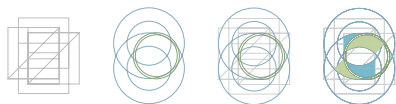
A partir das manifestações dos consumidores e dos entes regulados, a Ouvidoria recomenda à ANS a correção de distorções, falhas, atos e omissões, buscando o aperfeiçoamento da atuação da Agência.

Entre as atribuições da Ouvidoria da ANS destacam-se: i) acompanhar e avaliar a atuação da ANS; ii) recomendar medidas para visando ao aprimoramento da Agência; iii) ouvir as reclamações relativas a infrações às normas de assistência suplementar; iv) receber denúncias de quaisquer violações de direitos individuais ou coletivos relacionados à assistência suplementar à saúde, bem como quaisquer atos de improbidade administrativa praticados por agentes ou servidores, vinculados ou não à ANS; v) promover ações para apuração das demandas recebidas, recomendando as providências para o atendimento das mesmas; vi) dar ciência ao Diretor Presidente e aos demais diretores da ANS de infringências de normas no âmbito da assistência suplementar à saúde; e vii) acompanhar e avaliar as atividades das ouvidorias das operadoras de planos de saúde.

Como já referido na Seção 3, a partir da Resolução Normativa nº 323, de 2013, foi concedido prazo às operadoras de planos de saúde tiveram para implementação de Ouvidorias vinculadas às suas estruturas organizacionais. A norma foi proposição da Ouvidoria da ANS, e tornou obrigatória a instituição de unidades ouvidorias por todas as operadoras de planos privados de assistência a saúde no Brasil, abrindo-se assim um importante canal de atendimento qualificado aos consumidores deste setor.

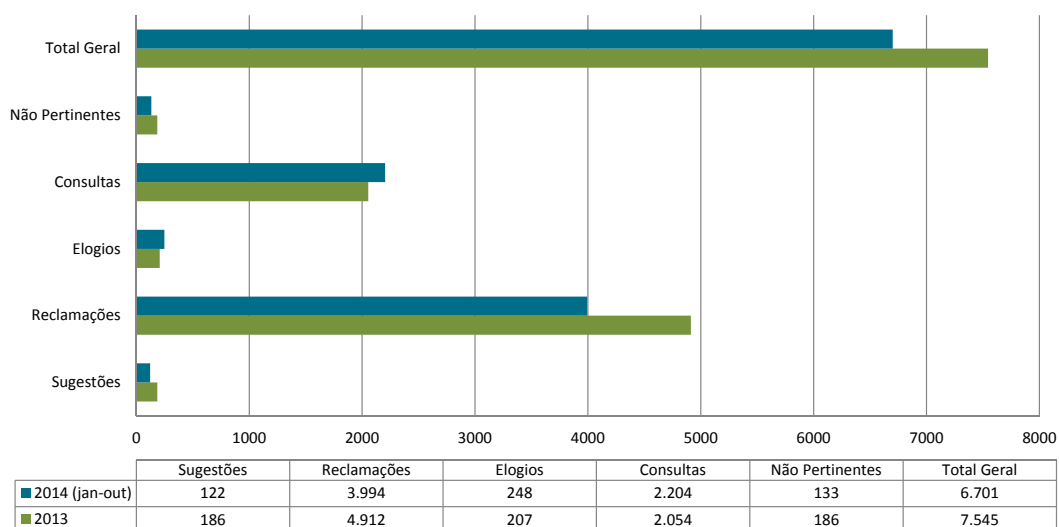
Como resultado, em outubro de 2014, 100% das operadoras de grande porte (aquelas que têm mais de 100 mil beneficiários) já possuíam ouvidorias, assim como 77% daquelas com até 100 mil beneficiários. Isso significa que 98,81% dos consumidores de planos de saúde no país estão em operadoras que dispõem do serviço de ouvidorias, o que deve contribuir para o bom relacionamento entre as operadoras e os beneficiários de planos de saúde.

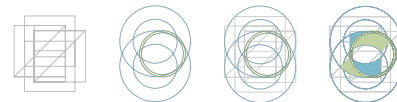
Por este trabalho, como já referido, a Ouvidoria da ANS conquistou dois prêmios em 2014: a Menção Honrosa



conferida pelo Prêmio de Ouvidorias Brasil - 2014, promovido pela Associação Brasileira das Relações Empresa-Cliente (ABRAREC) e pela revista “Consumidor Moderno”, com o apoio da Associação Brasileira de Ouvidorias (ABO); bem como o Prêmio Aprimoramento das Atividades de Ouvidoria, no 2º Concurso de Boas Práticas da Controladoria-Geral da União (CGU). O concurso tem como objetivo estimular, reconhecer e premiar iniciativas no Poder Executivo Federal que contribuam para a melhoria da gestão pública. Foram quatro categorias: Fortalecimento dos Controles Internos Administrativos, Promoção da Transparência Ativa e/ou Passiva, Diminuição no Tempo de Apuração Disciplinar e Aprimoramento das Atividades de Ouvidoria. Em 2014, houve uma redução de 11% nas demandas recebidas pela Ouvidoria da ANS, em relação ao ano anterior. O número de reclamações diminuiu em 18% e o de consultas aumentou em 7%. O gráfico a seguir demonstra o número de demandas recebidas pela Ouvidoria nos dois últimos anos, e os dez principais temas que motivaram as demandas.

Demandas recebidas pela Ouvidoria da ANS (2013 -2014)





Temas com maior número de demandas recebidas pela Ouvidoria (2013 -2014)

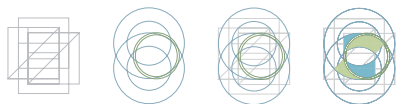
2013		
Em Nº	Temas de Demanda	Qtd. de demanda
1º	Operadoras de planos de saúde	3.565
2º	Demanda nas respostas	826
3º	Legislação e normativos	462
4º	Rol de procedimentos	387
5º	Prestador de serviço	362
6º	Canais de atendimento	272
7º	Andamento de demanda	269
8º	Portabilidade	173
9º	Agradecimento	172
10º	Reajuste	103

2014		
Em Nº	Temas de Demanda	Qtd. de demanda
1º	Operadoras de planos de saúde	3.305
2º	Rol de procedimentos	290
3º	Prestador de serviço	286
4º	Legislação e normativos	268
5º	Reajuste	249
6º	Demora nas respostas	249
7º	Andamento de demanda	221
8º	Agradecimento	212
9º	NIP	192
10º	Portabilidade	180

6.3 Consultas Públicas

Consulta Pública é a forma pela qual a ANS, por deliberação da Diretoria Colegiada, submete à sociedade as propostas de atos normativos relevantes para o setor. São objetivos da Consulta Pública: i) recolher sugestões e contribuições para o processo decisório da ANS; ii) recolher sugestões e contribuições para a edição de atos normativos; iii) propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições; iv) identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao processo de participação democrática; e v) dar publicidade às ações da ANS.

As Consultas são realizadas previamente à edição de normas e à tomada de decisão, quando se referirem a assuntos de relevante interesse público, e devem ser recebidas de forma escrita, preferencialmente por meio eletrônico.



As Consultas Públicas realizadas em 2013 e 2014 foram:

Nº	Período	Norma Decorrente	Assunto
52	21/12/2012 a 29/01/2013	Não foi publicada norma. Contribuiu para a elaboração da Agenda regulatória 2013/2014	Dispõe sobre a Agenda Regulatória 2013/2014.
53	07/06 a 06/08/2013	Contribuiu para a redação da RN nº 338, de 21 de outubro de 2013.	Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
54	06/01 a 04/02/2014	Não foi publicada norma. O tema voltou para estudo.	Estabelece regras gerais para a manutenção de boas práticas no relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios.
55	24/10 a 24/11/2014	Em fase de consolidação	Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias às taxas de cirurgias cesáreas e de partos normais, por estabelecimento de saúde e por médico.
56	24/10 a 24/11/2014	Em fase de consolidação	Dispõe sobre a obrigatoriedade da utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

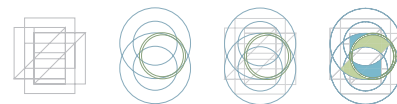
6.4 Audiências Públicas

A ANS pode realizar audiências públicas para ouvir a opinião da sociedade e dos agentes regulados sobre assuntos importantes para a regulação. Essas reuniões são previamente divulgadas no portal da Agência e no Diário Oficial da União (DOU). Em 2014, a Agência realizou suas primeiras Audiências Públicas, descritas a seguir.

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

6.5 Câmaras e Grupos Técnicos

Câmara Técnica é um fórum técnico, de caráter temporário, instituído por deliberação da Diretoria Colegiada, para ouvir e colher subsídios de determinados órgãos, entidades e pessoas naturais ou jurídicas, previamente convidados, em matérias relevantes que estão sendo objeto de processo decisório da ANS. Seus objetivos são: i) propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições à ANS; ii) identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao



processo de participação democrática; e iii) dar publicidade às ações da ANS.

As Câmaras Técnicas são grupos temporários, compostos por especialistas da ANS e/ou por representantes do setor, a convite da Agência, de acordo com a complexidade e a importância dos assuntos tratados. O funcionamento das Câmaras é estabelecido em um regimento interno aprovado pela Diretoria Colegiada.

Com estrutura e objetivos semelhantes, podem ser criados Grupos Técnicos. Estes realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico e não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica.

As conclusões dos debates das Câmaras e Grupos Técnicos são importantes fundamentos para a elaboração da legislação no âmbito da assistência suplementar à saúde. Em 2013 e 2014, a ANS contou com as seguintes Câmaras e Grupos Técnicos:

- Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde - Doenças ou Lesões Preexistentes, com o objetivo de discutir os critérios de qualificação da entrada do consumidor no plano de saúde, bem como identificar e debater questões que necessitam de análise e definição, para a revisão da Resolução Normativa nº 162, de 2007.

- Câmara Técnica de Regulamentação da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, criada para regulamentar a referida Lei que torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

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

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

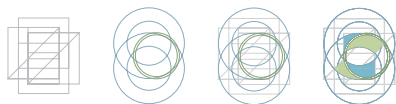
- Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde - Doenças ou Lesões Preexistentes, com o objetivo de discutir os critérios de qualificação da entrada do consumidor no plano de saúde, e debater questões que necessitam de análise e definição, para a revisão da Resolução Normativa nº 162, de 2007.

- Câmara Técnica de Regulamentação da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, criada para regulamentar a referida Lei que torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

- Grupo Técnico de Solvência, criado para debater com profundidade o atual regime de solvência, bem como a elaboração de proposta de aperfeiçoamentos.

- Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento, com o objetivo a troca de informações em relação à metodologia do monitoramento da Garantia de Atendimento.

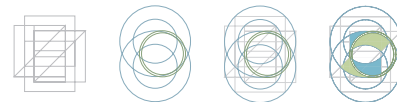
- Grupo Técnico de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – seu objetivo foi a revisão do Rol de Procedimentos publicado pela RN nº 338, de 2013, que entrou em vigor em 02 de janeiro de 2014.



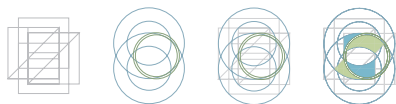
6.6 Participação em Audiências Públicas no Poder Legislativo Federal

Em 2013 e 2014, a ANS divulgou 88 Boletins Informativos dirigidos ao Congresso Nacional, com temas relevantes em curso na regulação do Setor de Saúde Suplementar. Participou de audiências públicas convocadas pela Câmara de Deputados e pelo Senado Federal, para discutir e prestar esclarecimentos sobre temas e preocupações dos congressistas. A seguir as audiências públicas das quais a ANS participou em 2013 e 2014.

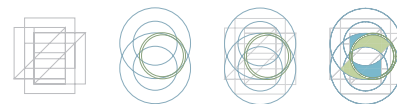
Câmara dos Deputados			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
Audiência Conjunta Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) Comissão De Fiscalização Financeira e Controle (CFFC)	Deputados: Jandira Feghali (PCdoB/RJ), João Ananias (PCdoB/CE), Pastor Eurico (PSB/ PE), Dr. Ubiali (PSD/ SP) e Dr. Paulo Cesar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



Câmara dos Deputados			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
Comissão De Fiscalização Financeira e Controle (CFFC)	Dep. Vanderlei Macris (PSDB/SP)	REQ nº 424/2013 - CFFC - Solicito sejam convidados o Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, o Diretor-Presidente da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sr. André Longo Araújo de Melo, e Representante do Tribunal de Contas da União (TCU), para debaterem, em audiência pública, sobre a demora na análise das denúncias recebidas contra as empresas de Planos de Saúde.	06/06/2013
Comissão de Trabalho de Administração e Serviço Público (CTASP)	Dep. Gorete Pereira PR/CE)	REQ nº 248/2013 – CTASP - Requer a realização de audiência pública para discutir a intervenção da ANS na Fundação de Seguridade Social (GEAP).	02/07/2013
Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)	Dep. Arthur Maia (PMDB/BA)	REQ nº 87/2012 – CCJC - Requer a realização de Audiência Pública para discutir o papel e os limites normativos das agências reguladoras no Brasil.	08/08/2013
Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)	Dep. Mandetta (DEM/MS) Dep. Eleuses Paiva (PSD/SP)	REQ nº 398/2013 – CSSF - Esclarecimentos sobre os critérios implementados para a vinda de médicos estrangeiros para o Brasil, além da perda de R\$ 17 bilhões durante o exercício de 2012 que deveriam ser utilizados no setor da saúde.	14/08/2013
Comissão de Legislação Parlamentares (CLP)	Dep. Glauber Braga (PSB/RJ)	REQ nº 70/2013 – CLP - Requer a realização de Audiência Pública com o objetivo de fazer um balanço das ações e indicar perspectivas às Agências Reguladoras Federais no Brasil.	21/08/2013
Comissão De Defesa Do Consumidor (CDC)	Dep. Ricardo Izar(PSD/SP)	REQ Nº 212/2013 – CDC - Requer a realização de Audiência Pública para debater o custeio de órteses e próteses pelo Sistema único de Saúde e por operadoras privadas. Convidados: Renato Azevedo Júnior, Presidente do CRM/SP; Carlos Gadelha, Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde; Franklin Padrão Júnior, Presidente da Comissão Técnica FENASAÚDE; Joselito Pedrosa, Gerente-Geral de Tecnologia de Produtos para Saúde da ANVISA; Otto Barbosa, Diretor Comercial da Federação Unimed Nordeste Paulista.	17/12/2013



Câmara dos Deputados			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
(CSSF) Comissão de Seguridade Social	REQ 524/2014 Deputado Antônio Brito (PTB/BA)	Requer a realização de Audiência Pública, destinada a discutir a situação da Pediatria no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e Saúde Suplementar. Convidados: Ministério da Saúde; ANS; Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE); e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).	27/05/14
Senado Federal			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
Comissão de Assuntos Sociais (CAS)	Sen. Ana Amélia (PP/ RS)	EQ nº 56/2012 – CAS Requer Audiência Pública para discutir o reajuste da tabela do Sistema Único de Saúde (SUS).	19/03/2013
Comissão de Assuntos Econômicos (CAE)	Sen. Vital do Rêgo (PMDB/PB)	REQ nº 29/2013-CAE Requer a realização de Audiência Pública, conjunta com a CAS, destinada a instruir o PLS 259/2009, de autoria do Sen. Flexa Ribeiro (PSDB/PA).	03/06/2013
Audiência Conjunta Comissões: Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ); Assuntos Sociais (CAS); e Assuntos Econômicos (CAE)	Sen. Vital do Rêgo (PMDB/PB)	Ofício nº 44/2013-PRESI/CCJ – Em atendimento à Resolução 4/2013, convido o Diretor-Presidente da agência a comparecer a audiência pública conjunta com a finalidade de prestar contas sobre o exercício de suas atribuições e o desempenho da agência, bem como avaliação das políticas públicas no âmbito de suas competências.	20/06/2013
Comissão de Assuntos Sociais (CAS)	Sen. Humberto Costa (PT/PE)	REQ. nº 29/2013 – CAS - Instruir o Projeto de Lei do Senado nº 174, de 2011, “altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para modificar o art. 36, que institui regras sobre a elaboração dos planos de saúde, e para inserir dispositivos que regulam a responsabilidade sanitária dos gestores no âmbito do SUS”.	04/07/2013
(CDH) Comissão de Direitos Humanos	REQ 60/2014 Senador Paulo Paim (PT/RS)	Requer a realização de Audiência Pública nesta Comissão de Direitos Humanos para debater e marcar o “O envelhecimento e a qualidade de vida dos Idosos”. Convidados: ANS; Representante da Confederação dos Aposentados e Pensionistas do Brasil (COBAP); Representante do Ministério da Previdência; Representante da FENASPS; Representante da Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SNDH).	10/07/14



7. FOCO NA GARANTIA DE ACESSO À INFORMAÇÃO

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

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

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

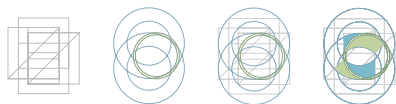
A norma entra em vigor em 1º de janeiro de 2015 e dá um prazo de 180 dias para o fornecimento do número do Cartão Nacional de Saúde para os seus beneficiários; e de 12 meses para o fornecimento das informações contidas no padrão de identificação, seja em meio físico (carteirinhas ou cartões dos planos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

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

Identificação Padrão da Saúde Suplementar:

- nome do beneficiário;
- data de nascimento do beneficiário;
- número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário;
- número do registro do plano privado de assistência à saúde ou do cadastro do plano privado de assistência à saúde na ANS;
- segmentação assistencial do plano;
- número da matrícula do beneficiário no plano;
- código do registro da operadora na ANS;
- informação de contato com a operadora (Serviço de Atendimento ao Consumidor da operadora);
- informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS e endereço eletrônico);
- data de término da Cobertura Parcial Temporária - CPT, se houver;
- padrão de acomodação;
- tipo de contratação; e
- área de abrangência geográfica.

A norma não obriga a substituição dos cartões de plano emitidos em data anterior à vigência desta Resolução, desde que haja disponibilização das informações por outros meios.



7.2 Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS)

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

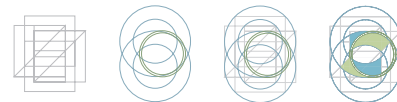
O padrão TISS está organizado em cinco componentes: 1) organizacional - estabelece o conjunto de regras operacionais; 2) conteúdo e estrutura - estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e no plano de contingência, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde;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

7.3 Novo portal da ANS

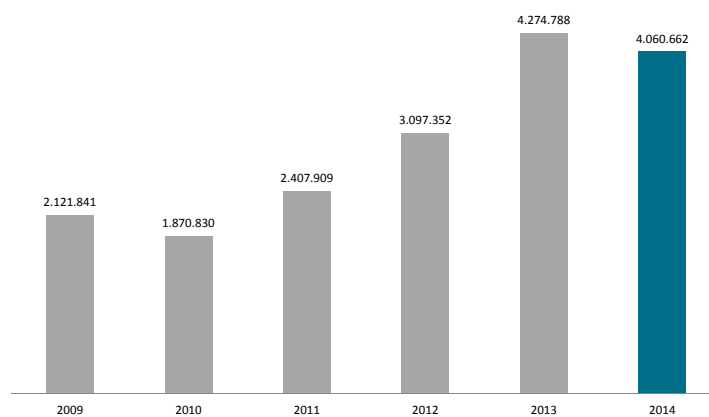
Em novembro de 2014, a ANS mudou seu portal para se alinhar às tendências atuais de tecnologia e torná-lo compatível com telefones com acesso à rede e tablets. Foi dado foco aos serviços mais utilizados, reorganizando conteúdos para melhorar a experiência do usuário. O novo portal da Agência foi totalmente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

A segurança da informação foi também um dos principais pilares dessa mudança com atualização de software e adoção de ferramenta para evitar spams nos formulários. A acessibilidade, que já era um ponto presente no portal anterior, foi ampliada nessa atualização. Agora, pessoas com dificuldade visual poderão visualizar o conteúdo em alto contraste, facilitando o acesso. O novo portal da ANS foi elaborado no âmbito de um Comitê Gestor permanente formado por diversos setores da Agência.

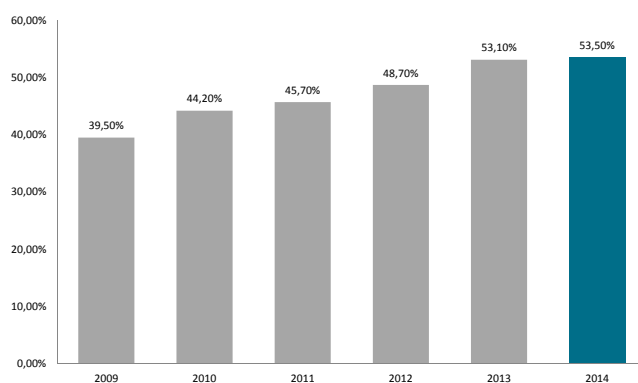
Em 2014, o número de visitantes ao Portal apresentou queda significativa no mês de junho, devido à Copa do Mundo, e redução nos meses seguintes, quando comparado ao ano anterior. Apesar do ano atípico, o número de acessos em 2014 foi similar ao de 2013 (cerca de quatro milhões de visitantes), e o número de novos visitantes foi ligeiramente maior: do total de acessos, em 2013, 53,10% foram de novos visitantes; em 2014, esse número chegou a 53,54%. As visitas ao portal, por meio de dispositivos móveis, aumentaram em 71%.



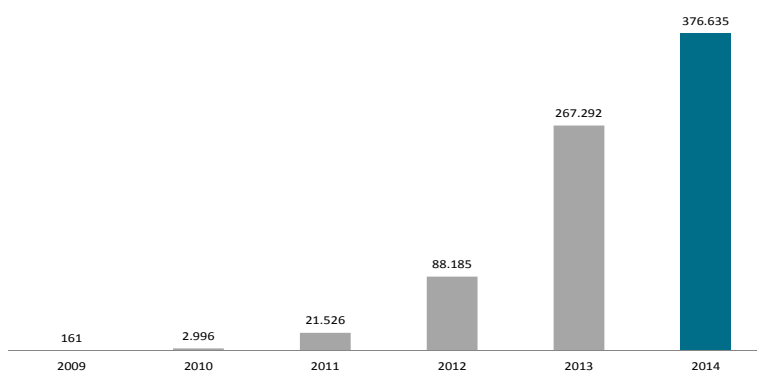
Número de visitantes ao portal da ANS (2009-2014)

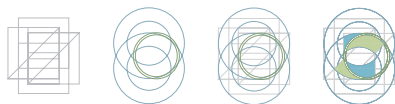


Proporção de novos visitantes (2009-2014)



Visitas por meio de dispositivos móveis (2009-2014)





7.4 ANS nas mídias sociais

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

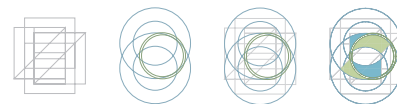


www.ans.gov.br	www.facebook.com/ans.reguladora
www.twitter.com/ans_reguladora	www.youtube.com/ansreguladora
www.slideshare.net/ans_reguladora	

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

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

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

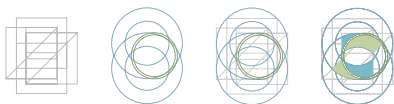


7.5 Espaço da Qualidade

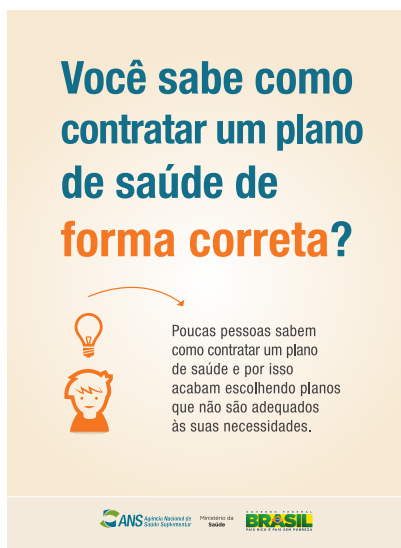


O Espaço da Qualidade foi lançado em dezembro de 2012, e ampliado em 2013 e 2014, para facilitar o acesso à informação na hora de escolher ou mudar de plano. Nesta área do portal da ANS estão reunidas informações que podem contribuir para a escolha de um plano de saúde. As informações disponíveis são:

- Localização de médicos, hospitais e laboratórios
- Acreditação de Operadoras
- Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças
- Índice de Reclamações
- Planos com Comercialização Suspensa
- Avaliação da satisfação dos beneficiários por operadora - Ano 2012
- Programa de Qualificação de Operadoras



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

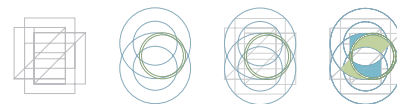


Em outubro de 2013 a ANS lançou a campanha - Você sabe como contratar um plano de saúde de forma correta? - para orientar os consumidores sobre como contratar um plano de saúde. O vídeo disponível no portal da Agência, assim como os folhetos, trazem perguntas simples, sobre tipo de contratação, tipo de atendimento, rede credenciada e abrangência do plano. Todas essas possibilidades, combinadas às faixas de idade das pessoas que farão parte do plano, impactarão no valor da mensalidade.

A campanha alerta para a definição consciente das necessidades e avaliação se o valor final da mensalidade do plano pode ser incorporado à renda mensal do consumidor.

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

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



A mensagem de orientação para idosos deixa claro que negar ao idoso o ingresso num plano de saúde por causa de sua idade é proibido por lei, e a ANS quer que toda a sociedade saiba disso e denuncie caso a prática seja cometida por alguma operadora de planos de saúde.

SEM INFORMAÇÃO, É DIFÍCIL
ESCOLHER A PESSOA CERTA.
PLANO DE SAÚDE TAMBÉM.

ALEXANDRE
GERALDO
GUSTAVO
FILIPE
DANIEL
BERNARDO
MATEUS
RAFAEL

Os planos de saúde são importantes na vida de milhões de brasileiros. Mas antes de fechar negócio, procure informar-se sobre o índice de reatuações, planos com comercialização suspensa, operadoras que oferecem programas de promoção da saúde e, claro, avalie suas reais necessidades. A ANS existe para isso: garantir o acesso à informação e colocar o interesse público em primeiro lugar. Conhecer seus direitos, normas e o plano de saúde que deseja contratar é fundamental para fazer uma boa escolha para você, sua família ou sua empresa. Visite o Espaço da Qualidade no nosso portal e saiba mais. Pesquise, informe-se. Conte com a ANS.

Assista ao vídeo da campanha.

ANS. A agência reguladora de planos de saúde do Brasil.
Disque ANS: 0800 701 9556 | www.ans.gov.br
[f /ans_reguladora](#) [t @ans_reguladora](#) [vix ansreguladora](#)

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
Ministério da Saúde
BRASIL

Dançar até
perder o passo, pode.
Recusar pessoas em planos
de saúde por causa da idade,
não pode.

Os idosos estão vivendo cada vez mais e melhor no Brasil. Muitos deles procuram nos planos de saúde uma alternativa para manter a sua qualidade de vida. Recusar pessoas em planos de saúde por causa da idade, não pode! Se você tiver problema com alguma operadora ou tem alguma dúvida, fale com a ANS. E na hora de escolher, procure uma operadora que invista em programas de promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças. Visite o Espaço da Qualidade no nosso portal e saiba mais. Pesquise, informe-se. Conte com a ANS.

Assista ao vídeo da campanha.

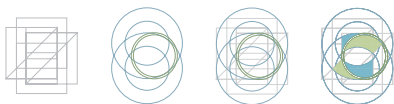
ANS. A agência reguladora de planos de saúde do Brasil.
Disque ANS: 0800 701 9556 | www.ans.gov.br
[f /ans_reguladora](#) [t @ans_reguladora](#) [vix ansreguladora](#)

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
Ministério da Saúde
BRASIL

7.7 Atualização do Guia Prático de Planos de Saúde

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

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

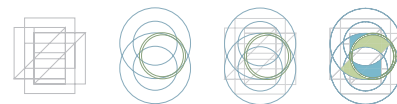


O Guia de Planos é distribuído em eventos organizados pelos Procons e nos Núcleos da ANS nos Estados. Também pode ser consultado no portal da Agência na internet.

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



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



7.9 Produção Editorial em 2014

Em 2014, a ANS manteve e ampliou a divulgação de informações e de conhecimento por meio de livros, periódicos, cartilhas e folhetos disponíveis em seu portal na internet. Muitas das publicações também são impressas. A seguir as publicações periódicas que são utilizadas como referência para os dados do setor.



Utilização do Sistema Público de Saúde por Beneficiários da Saúde Suplementar - publicação inédita, lançada em dezembro de 2014. Apresenta um perfil dos usuários e dos procedimentos realizados por beneficiários de planos de saúde no SUS.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - publicado desde março de 2004, tem periodicidade trimestral. Apresenta um panorama dos dados de beneficiários, operadoras, planos de saúde, da utilização de serviços e é referência para os dados do setor.

Foco Saúde Suplementar - criado em março de 2012. Apresenta números do mercado, buscando oferecer, a cada trimestre, um retrato do setor de fácil compreensão visual.

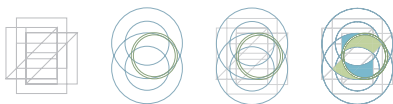
Mapa Assistencial - lançado em outubro de 2012, com periodicidade semestral. Divulga os dados da assistência prestada pelos planos de saúde, como por exemplo, internações, consultas e exames.

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

Painel de Precificação de Planos de Saúde – lançado em agosto de 2013, com periodicidade anual. Traz referências de preços praticados pelas operadoras, variação média dos reajustes por mudança de faixa-etária, custo médio estimado dos itens de despesa assistencial e demais despesas não assistenciais.

Atlas ANS - publicado anualmente desde 2005. Apresenta dados econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde por região do país e por modalidade de operadora.

Anuário ANS - publicado anualmente desde 2005. Apresenta dados econômico-financeiros por operadora de planos de saúde.



Todas as publicações são encontradas no portal da ANS, organizadas da forma a seguir.

[Principal](#) [A ANS](#) [Planos e Operadoras](#) [Legislação](#) [Participação da Sociedade](#) [Prestadores](#) [Perfil do Setor](#) [Espaço da Qualidade](#)

[Principal](#) / [Materiais publicados](#)

Materiais publicados

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

Materiais publicados

**Livros**

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

**Periódicos**

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

**Folhetos e Cartilhas**

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

**Trabalhos Acadêmicos**

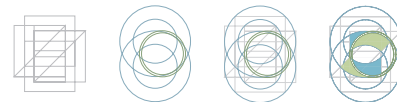
Trabalhos acadêmicos com temáticas de interesse para a saúde suplementar.

**Relatórios de Gestão**

Confira os relatórios de gestão da ANS.

7.10 Carta de Serviços revista e atualizada

A Carta de Serviços ao Cidadão foi instituída pelo Decreto nº 6.932, de 2009, com o objetivo de informar ao cidadão os serviços prestados pelo órgão ou entidade, explicitando as formas de acesso aos serviços e os respectivos compromissos e padrões de qualidade no atendimento ao público. A ANS elaborou, em 2010, sua primeira Carta de Serviços ao Cidadão, utilizando a metodologia do Programa Nacional de Gestão e Desburocratização – GESPÚBLICA/ MPOG. Numa iniciativa pioneira, além da versão impressa, disponibilizou em seu portal na internet a versão navegável da Carta de Serviços, permitindo o acesso direto a todos os produtos e serviços disponíveis no portal, desde a consulta de normativos até o preenchimento de formulários eletrônicos ou impressos para solicitação de informações. Desde 2012, a carta é atualizada periodicamente no portal da ANS.



7.11 Cadastro Nacional de Especialistas identifica atuação médica

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

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

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

7.12 Produção de seminários para a imprensa

A atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar atinge diretamente o consumidor final, mais especificamente, cerca de um quarto da população brasileira. Oferecer um acesso de qualidade às informações referentes à regulação da assistência suplementar à saúde é fator fundamental.

A imprensa continua sendo um dos principais canais de comunicação no Brasil e no mundo, através de diversos meios: eletrônico, impresso e *on-line*, e de suas abrangências: nacional, regional e especializada. Essa convergência de mídias e abrangências, aliada ao atributo credibilidade, faz da imprensa um poderoso canal de disseminação de informações.

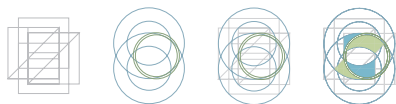
Por este motivo, desde 2012 a ANS realiza seminários para a imprensa com o objetivo de aperfeiçoar o conhecimento dos jornalistas sobre as atividades da Agência e do setor de Saúde Suplementar e, por consequência, de zelar pela informação que chega ao consumidor final, contribuindo para uma boa comunicação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

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

7.13 Lei de Acesso à Informação

A Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 - Lei de Acesso à Informação (LAI) regulamentou o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas e abrange os três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A publicação da LAI representou um importante passo para a consolidação democrática do Brasil e também para a melhoria da gestão pública, à medida que permite uma maior participação popular e viabiliza o controle social das ações governamentais.

São garantias da Lei: a democratização do acesso à informação e da transparência governamental; a redução da assimetria de informação na área de saúde suplementar; o estímulo ao monitoramento da qualidade dos serviços e políticas públicas; e a melhoria do suporte à tomada de decisão da Agência e à avaliação do cidadão.



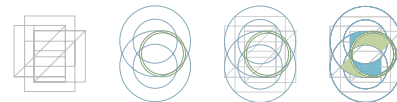
**Acesso à
Informação**

Em decorrência da Lei de Acesso à Informação, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 298, de junho de 2012, que dispõe sobre mecanismos de transparência ativa e passiva no âmbito da Agência, institui o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), classifica em graus de sigilo informações em poder da ANS e dispõe sobre o seu tratamento.

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

No período de junho de 2012 (primeiro mês inteiro de vigência da LAI) a maio de 2014, a ANS recebeu 1.842 demandas por meio do E-SIC, o que a faz figurar dentre as três agências reguladoras com maior número de demandas, conforme dados da Controladoria Geral da União (CGU), a seguir.

Quantidade de demandas por Agência Reguladora			
	junho/2012 a maio/2013	junho/2013 a maio/2014	total
ANATEL	1574	2436	4010
ANEEL	720	1214	1934
ANS	865	977	1842
ANVISA	521	1138	1659
ANTAQ	704	936	1640
ANAC	548	637	1185
ANTT	540	571	1111
ANP	443	522	965
ANA	261	225	486
ANCINE	287	181	468

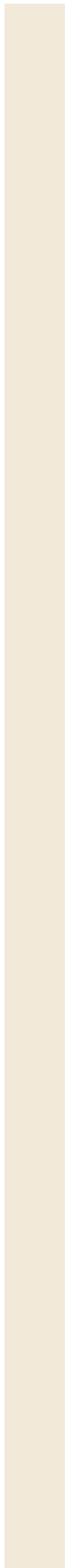
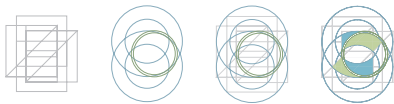


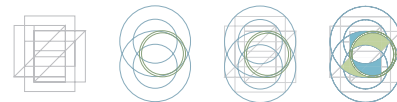
Após o 1º ano de vigência da LAI, houve o aumento de aproximadamente 13% no número de demandas da ANS, que passou de 865 para 977, no período de junho de 2013 a maio de 2014. Todas as demandas recebidas pela ANS nos períodos mencionados foram respondidas no tempo médio de cinco dias. Convém citar que, no mesmo período, o tempo médio de resposta das demais agências reguladoras foi de 12 dias, mais do que o dobro do tempo levado pela ANS.

No mesmo período, 68 demandas (3,69%) tiveram o seu prazo de resposta inicial prorrogado. O percentual de recursos interpostos em relação ao número total de demandas da ANS foi de 5,9%, o que a situa entre as três agências reguladoras com menor número de recursos em função do número total de demandas. Considerando o número de demandas que não foram alvo de quaisquer recursos, pode-se inferir que houve um percentual de 95,3% de satisfação em relação às respostas encaminhadas pela ANS, o que a faz figurar dentre as agências com os melhores índices de satisfação.

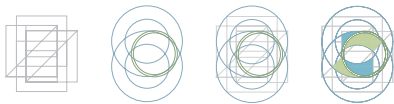
Em 2014 foi implementado o Guia de Boas Práticas de Acesso à Informação para os responsáveis pelas informações nas áreas da ANS, feito o mapeamento do fluxo interno de resposta às demandas do SIC e está em curso a revisão da RN nº 298, de 2012, que dispõe sobre mecanismos de transparência ativa e passiva no âmbito da Agência. Estão sendo mapeadas as demandas recebidas que não estão disponíveis no portal da ANS e não são reservadas, para inclusão no portal.

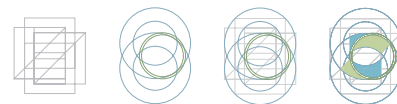
Em 2014 foi lançado o Guia de Boas Práticas de Acesso à Informação para os responsáveis pelas informações nas áreas da ANS, feito o mapeamento do fluxo interno de resposta às demandas do SIC e está em curso a revisão da RN nº 298, de 2012, que dispõe sobre mecanismos de transparência ativa e passiva no âmbito da Agência. Estão sendo mapeadas as demandas recebidas que não estão disponíveis no portal da ANS e não são reservadas, para inclusão no portal.





IV - DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA





IV - DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA

No âmbito da gestão interna, a ANS aprovou a implementação de sua Política de Gestão de Riscos, elemento fundamental para a construção da governança corporativa; continuou a implementação de ferramentas de Governança Regulatória; e inovou ao adotar o planejamento estratégico participativo. Lançou o seu primeiro programa interno de Sustentabilidade Socioambiental, ampliou as oportunidades de discussão no Espaço Aberto e recebeu o Prêmio Intranet Portal, de âmbito nacional, na categoria Colaboração.

1. Política de Gestão de Riscos

Há mais de uma década, o *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) publicou a obra *Internal Control – Integrated Framework* para ajudar empresas e outras organizações a avaliar e aperfeiçoar seus sistemas de controle interno. O COSO foi incorporado em políticas, normas e regulamentos adotados por milhares de organizações para auxiliar no controle de suas atividades, com vistas ao cumprimento dos objetivos por elas estabelecidos.

Posteriormente, o COSO lançou sua obra sobre o Gerenciamento de Riscos Corporativos, que se tornou referência no assunto. A estrutura do COSO ERM foi utilizada referencialmente no gerenciamento de riscos corporativos. Outras normas também se destacam quando o assunto é gestão de riscos, tais como as ISO 31000:2009 e 31010:2012.

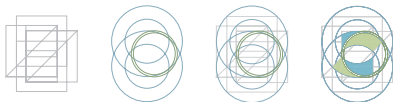
A gestão de riscos é elemento fundamental para a construção da governança corporativa. O pontapé inicial para a implantação da Política de Gestão de Riscos na ANS foi dado em novembro de 2012, ocasião em que o Tribunal de Contas da União (TCU) encaminhou questionários para avaliar a maturidade em gestão de riscos de 66 entidades da administração indireta da União, a exemplo da ANS e da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Essa iniciativa decorreu do objetivo estratégico do Tribunal de intensificar ações que promovam a melhoria da gestão de riscos e de controles internos da Administração Pública. O levantamento foi realizado entre novembro de 2012 e fevereiro de 2013 por meio da aplicação de questionário desenvolvido pelo TCU para coletar as informações necessárias à avaliação da maturidade da gestão de riscos das entidades participantes. Atenta à questão, a Agência criou uma área especialmente para a formulação, a implementação e o acompanhamento contínuo da gestão de riscos no âmbito da ANS. Essa medida foi definida pela Diretoria Colegiada da Agência, seguindo boas práticas de governança corporativa.

A proposta de uma política de gestão de riscos passou por consulta - Consulta Interna nº 12, na rede colaborativa da Agência (intranet), com o intuito de obter contribuição dos seus servidores. A partir da consulta, foi elaborada e aprovada a Resolução Administrativa nº 60, de julho de 2014, que entrará em vigor em janeiro de 2015.

No decorrer de 2014, foram concluídas ações importantes, entre as quais a publicação da Política de Gestão de Riscos e a promoção de seminário de gestão de riscos para todos os servidores da ANS, no qual a Política foi apresentada e palestrantes de organizações renomadas expuseram suas experiências nos setores público e privado.

A Política de Gestão de Riscos é um divisor de águas na história da Agência e sua efetiva implementação só será possível com o envolvimento de todos os seus gestores e servidores.



Em outubro, a ANS iniciou a capacitação dos seus gestores, em curso ministrado por instrutora do Tribunal de Contas da União (TCU). Foram capacitadas duas turmas, que contaram com a presença de aproximadamente 50 gestores. Está confirmada para janeiro de 2015 a capacitação de duas novas turmas de gestores, novamente ministradas pelo TCU.

As próximas etapas da implantação da gestão de riscos na ANS são a criação e a designação dos membros do Comitê de Avaliação de Riscos (COMARI), conforme estipulado na Política, e a capacitação dos gestores nas Ferramentas de Avaliação de Riscos. Concomitantemente, será implementado o Plano de Gestão de Riscos. A partir das informações disponibilizadas pelos Mapas de Riscos serão elaborados relatórios, os quais serão apresentados à Diretoria Colegiada para deliberação quanto aos riscos que terão prioridade de tratamento na Agência.

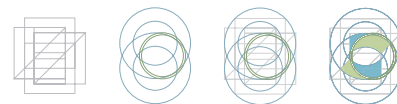
2. Governança Regulatória

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

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

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

A AIR está em fase de implementação na ANS, sob a forma de projetos piloto. É uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade da regulação, na medida em que estimula a reflexão aprofundada sobre o problema regulatório a ser enfrentado. Além disso, estimula a definição dos objetivos da regulação e opções a serem consideradas na resolução do problema de política pública. A ferramenta permite a análise do impacto de cada uma das opções regulatórias distintas, de forma a auxiliar na decisão sobre qual é a melhor opção. Em 2014, foi desenvolvida ferramenta de análise baseada em metodologia multicritério, com a identificação de critérios para a avaliação das consequências de cada opção regulatória formulada para a solução de problemas identificados no setor, denominada análise intermediária, levando-se em consideração tanto a sustentabilidade do setor quanto os benefícios e riscos à qualidade de vida dos cidadãos.



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

3. Ingresso de servidores efetivos e temporários

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

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

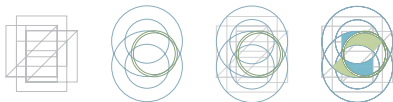
4. Planejamento Estratégico Participativo

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

As boas histórias são usadas para gerar propostas de possibilidades que reúnam o melhor do que a organização é capaz, com a aspiração coletiva do que poderia ser.

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

As duas primeiras etapas - da *Apreciação e Descoberta* e das *Aspirações e Desejos* - foram implementadas por meio de entrevistas, entre maio e junho de 2014, utilizando questões positivas e colocações afirmativas, feitas junto a grupos que foram se formando em toda a organização. Na busca da essência positiva das organizações, compartilharam-se histórias e melhores práticas. As esperanças e sonhos para a organização, do âmbito micro ao macro foram externadas no momento de projetar a organização para delinear aspirações e



desejos para o futuro. A partir das narrativas das histórias e das análises obtidas nas entrevistas, foram criadas as imagens de futuro e propostas de visão estratégica da organização, que foram submetidas à apreciação dos diretores da Agência.

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

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

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

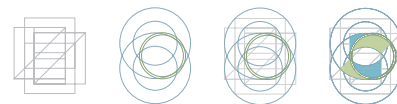
A finalidade dessas oficinas foi, primordialmente para:

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

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

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

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



5. Implementação do Programa de Sustentabilidade Socioambiental

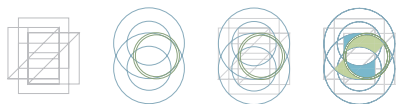


O Ministério do Meio Ambiente lançou e tem implementado, desde 1999, a Agenda Ambiental para a Administração Pública (A3P). A A3P é uma ação voluntária que busca a adoção de novos padrões de produção e consumo, sustentáveis, dentro do governo.

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

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

As ações a seguir já foram incorporadas na gestão da ANS, ações importantes, a exemplo de: redução do consumo de papel e de cartuchos para impressão com utilização de ilhas de impressão; impressão em frente e verso; monitoramento de papel usado para impressão e cópias; compra de papel proveniente de madeira reflorestada; gerenciamento eletrônico de documentos e processo eletrônico, além da utilização de Eco Fonte; a coleta seletiva solidária; criação da área de convivência, as campanhas de sensibilização dos servidores; e ainda a criação do Espaço Livre de Leitura; e implantada a articulação das ações do PLS com as ações do Programa de Qualidade de Vida.



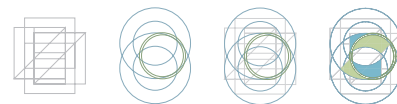
Em 2014 foi realizado também um Acordo de Cooperação Técnica com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que possui experiência consolidada na implementação do Plano de Logística Sustentável e nas ações a ele relacionadas; implantado slogan eletrônico nos e-mails da ANS - “antes de imprimir pense na responsabilidade e compromisso com o meio ambiente”; realizada a primeira licitação verde, em fase de homologação; e incentivo ao transporte alternativo e realização de atividades físicas, com a implantação do bicicletário. As ações citadas foram concluídas no ano de 2014. Os projetos de sustentabilidade iniciados em 2013 e 2014 serão continuados em 2015.

6. Um Espaço Aberto para a interação e o conhecimento



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

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



As reuniões são periódicas, com duração de até 60 minutos, e se caracterizam pela pluralidade de temas abordados e pelo desejo de compartilhar experiências, *expertises*, práticas e visões uns com os outros. O lema dos encontros, criado no decorrer dos anos é “diálogo, conexão e resultados”.

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, a partir de uma melhor compreensão do que cada um faz, demanda e oferece, com uma consequente humanização nas relações de trabalho, e melhoria na qualidade dos serviços realizados.

Busca o intercâmbio de conhecimentos e práticas; a disseminação do aprendido em capacitações; treinos para apresentações em nome da ANS e para defesa de teses; surgimento de parcerias e desdobramentos; o fortalecimento de redes sociais com a integração entre as interações virtuais e presencias e o estímulo ao diálogo e à colaboração.

O Espaço Aberto conquistou mais dois anos de sucesso: em 2013 foram 23 encontros com 894 participações e em 2014, até outubro, realizou 24 encontros com 789 participações, conforme tabela a seguir.

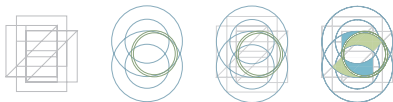
Encontros Espaço Aberto (2006-2014)

Ano	Encontros	Participações
2014	25	789
2013	23	894
2012	3	100
2011	16	445
2010	20	652
2009	29	821
2008	34	Não eram registradas
2007	29	Não eram registradas
2006	14	Não eram registradas

7. Intranet da ANS ganha prêmio de abrangência nacional

A Intranet da ANS, a INTRANS, foi ganhadora da quinta edição do Prêmio Intranet Portal, na categoria Colaboração, em agosto de 2013. A ferramenta inovou em colaboração, integrando desde o ano passado servidores e colaboradores da ANS. Por intermédio da INTRANS, sugestões, críticas, notícias, eventos, notas técnicas e normas, entre outros itens, estão disponíveis dia a dia dentro da ANS.

O principal objetivo do concurso é identificar e disseminar casos de sucesso e boas práticas, bem como reconhecer o esforço das equipes e empresas envolvidas. Organizações como Eletrobras, Banco do Brasil, Itaú, ONS, Método Engenharia, Sebrae, Documentar e ENSP/ Fiocruz já foram premiadas nas edições anteriores, de 2008 a 2012. As premiações do Intranet Portal estão distribuídas nas categorias Grand Prix para empresas



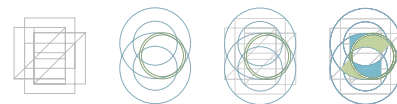
privadas e Grand Prix para organizações não-privadas (governo, terceiro setor e economia mista), além dos prêmios individuais por quesitos.

A INTRANS concorreu na categoria das organizações não-privadas, ao lado da Câmara dos Deputados e do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). Os finalistas disputaram o Grand Prix, etapa avançada da premiação na qual só concorrem os melhores de cada segmento, disputando simultaneamente os quesitos Conteúdo, Colaboração e Integração em tecnologia da informação. Perfil, comunidades e serviços. A Agência implantou a intranet social em junho de 2012. O projeto foi elaborado a partir de pesquisas sobre comunicação interna e uso de tecnologias colaborativas, realizadas em abril e junho de 2011. O levantamento demonstrou que a antiga plataforma estática servia para leitura rápida de informações e acesso aos sistemas de informação.

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

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

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

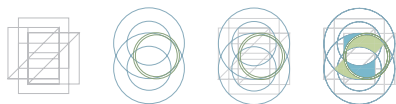


ANEXO

1. Resoluções Normativas publicadas em 2013

Nº RN	Data DOU	Assunto
318	10/01/2013	Altera a Resolução Normativa nº 304, de 19 de setembro de 2012, que dispõe sobre o encaminhamento da Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP) para Planos Coletivos Empresariais.
319	06/03/2013	Dispõe sobre a informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista e acrescenta parágrafo único ao artigo 74 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.
320	07/03/2013	Altera a Resolução da Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000 e a Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004.
321	22/03/2013	Altera a RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, que instituiu o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar.
322	28/03/2013	Altera o Anexo da Resolução Normativa nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
323	04/04/2013	Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
324	19/04/2013	Altera a Resolução Normativa RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e a Instrução Normativa nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), que dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos.
325	19/04/2013 REVOGADA	Altera a Resolução Normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, de que trata art. 10-B da Lei nº 9.656, de 1998.
326	23/04/2013	Altera a Resolução Normativa nº 301, de 7 de agosto de 2012, que alterou a RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, que dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da ANS, a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, e a RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que dispõe sobre o Regimento Interno da ANS.
327	23/04/2013	Altera o § 1º do art. 24 e acrescenta o art. 27-A na RN nº 253, de 5 de maio de 2011, que dispõe, em especial, sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS.

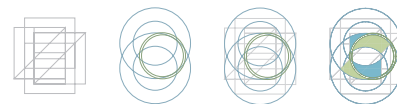
(continua)



(continuação)

Nº RN	Data DOU	Assunto
328	23/04/2013	Altera a Resolução Normativa - RN 4, de 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.
329	27/05/2013	Altera as Resoluções Normativas - RN nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões técnicas, especialmente da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, e a RN nº 278, de 17 de novembro de 2011, que institui o Programa de Conformidade Regulatória.
330	06/06/2013	Altera a Resolução Normativa - RN nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe, em especial, sobre o agrupamento de contratos coletivos, para prorrogar o prazo previsto para as operadoras atualizarem o cadastro dos temas do instrumento jurídico dos planos registrados.
331	28/06/2013	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
332	03/07/2013	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
333	17/07/2013	Acrescenta o art. 22-C à Resolução Normativa nº 139, de 24 de novembro de 2006, que dispõe, em especial, sobre o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.
334	02/08/2013	Altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e a RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.
335	27/09/2013	Altera a RN nº 256 de 18 de maio de 2011, que institui o Plano de Recuperação Assistencial e regula o regime especial de Direção Técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar, e dá outras providências.
336	08/10/2013	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
337	18/10/2013	Altera a Resolução Normativa nº 48, de 19 de setembro de 2003, que dispõe, em especial, sobre o processo administrativo sancionador.
338	22/10/2013	Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas nº 211, de 11 de janeiro de 2010; nº 262, de 1 de agosto de 2011; nº 281, de 19 de dezembro de 2011; e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências.

(continua)



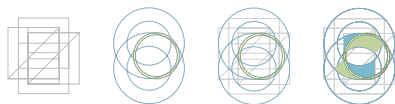
(continuação)

Nº RN	Data DOU	Assunto
339	26/11/2013	Altera a Resolução Normativa nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro demonstrativo de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
340	27/11/2013	Altera a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe, em especial, sobre o agrupamento de contratos coletivos, para prorrogar o prazo previsto para as operadoras atualizarem o cadastro dos temas do instrumento jurídico dos planos registrados.
341	28/11/2013	Altera a Resolução Normativa nº 305 de 09 de outubro de 2012 que estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS) dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e revoga a RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009.
342	06/12/2013	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
343	19/12/2013	Regulamenta a forma de processamento das demandas de reclamação; o procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP); altera a RN nº 48, de 19 de setembro de 2003; e revoga a RN nº 226, de 5 de agosto de 2010.
344	23/12/2013	Altera a Resolução Normativa – RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde.

2. Instruções Normativas publicadas em 2013

Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
13 DIGES	05/02/2013	Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2012, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da RN nº139, de 24 de novembro de 2006.
42 DIPRO	27/02/2013	Dispõe sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde; regulamenta o artigo 12-A da RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e revoga a IN nº 38, de 24 de maio de 2012, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).
52/DIDES	22/03/2013	Define as regras para a divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde em seus materiais de divulgação da rede assistencial.
14 DIGES	19/04/2013	Altera o Anexo da Instrução Normativa nº 13, de 29 de janeiro 2013, que dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2012, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, de novembro de 2006.

(continua)



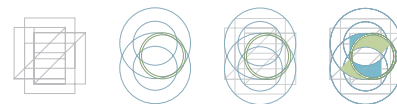
(continuação)

Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
43 DIPRO	06/06/2013	Dispõe sobre as informações do Sistema de Registro de Planos de Saúde da ANS (RPS/ANS) a serem transmitidas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, no formato XML (Extensible Markup Language) e altera a Instrução Normativa nº 23, de 1º de dezembro de 2009, que dispõe sobre os procedimentos de Registro de Produtos.
11/DIFIS	13/11/2013	Altera a IN nº 42, de 26 de fevereiro de 2013, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).
15/DIGES	23/12/2013	Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2013, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar- Componente Operadora, da ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da RN nº139, de 24 de novembro de 2006.

3.Resoluções Normativas publicadas em 2014 - até 15/12/2014

Nº RN	Data DOU	Assunto
345	24/02/2014	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos.
346	03/04/2014	Institui o Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (COBOP) no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
347	04/04/2014	Dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.
348	11/04/2014	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
349	12/05/2014	Altera a RN nº 338, de 21de outubro de 2013, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o tratamento antineoplásico de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia de que trata a Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013.
350	20/05/2014	Altera as Resoluções Normativas nº 267, de 24 de agosto de 2011 que Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar e a Resolução Normativa nº 275, de 01 de novembro de 2011 que dispõe sobre a instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS) e revoga a Instrução Normativa nº 48 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, de 10 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o regimento interno do Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar (COGEP).

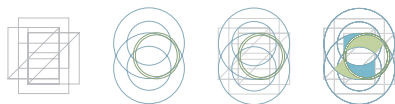
(continua)



(continuação)

Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
351	17/06/2014	Define critérios para a suspensão da exigibilidade de créditos da Agência Nacional de Saúde Suplementar pelo depósito judicial de seu montante integral diretamente comunicado à ANS pela operadora de planos de saúde depositante; altera a RN nº 04, de 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a ANS, além do ressarcimento ao SUS; e revoga o inciso IV do art. 70 do Regimento Interno da ANS, instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009.
352	02/07/2014	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
353	29/07/2014	Altera a Resolução Normativa n.º 237, de 21 de outubro de 2010.
354	26/08/2014	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
355	15/09/2014	Altera a Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar e a Resolução Normativa nº 311, de 1º de novembro de 2012, que estabelece critérios mínimos para o exercício de cargo de administrador de operadora de planos privados de assistência à saúde, disciplina o procedimento para o seu cadastramento junto à ANS e dá outras providências.
356	06/10/2014	Altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, a RN nº 89, de 15 de fevereiro de 2005, que dispõe sobre a Arrecadação de Receitas da ANS, e a RN nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.
357	20/10/2014	Altera a Resolução Normativa nº 48, de 19 de setembro de 2003, que dispõe, em especial, sobre o processo administrativo sancionador.
358	01/12/2014	Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.
359	01/12/2014	Altera a Resolução Normativa nº 190, de 30 de abril de 2009 que dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS) referente aos eventos prestados aos beneficiários de planos privados de saúde.
360	04/12/2014	Estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.

(continua)



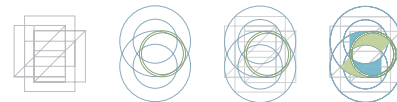
(continuação)

Nº RN	Data DOU	Assunto
361	04/12/2014	Altera os §§ 1º e 2º do art. 3º; altera o caput e o § 2º do art. 26; acrescenta os §§ 3º a 5º no art. 3º; e revoga o § 1º do art. 26; todos da Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB/ANS).
362	05/12/2014	Altera a Resolução Normativa nº 171, de 29 de abril de 2008, que dispõe, em especial, sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde; e dá outras providências.
363	12/12/2014	Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde.
364	12/12/2014	Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
365	12/12/2014	Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

4. Instruções Normativas publicadas em 2014 - até 15/12/2014

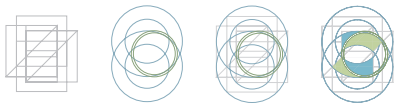
Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
1 DICOL	10/02/2014	Regulamenta o inciso VI e o § 1º do art. 4º da RN nº 323, de 3 de abril de 2013, para dispor sobre o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias das operadoras de planos privados de assistência à saúde.
44 DIPRO	14/02/2014	Institui o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE) no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
45 DIPRO	06/10/2014	Altera a IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), que dispõe sobre os procedimentos de Registro de Produtos; e revoga a IN nº 40, de 27 de agosto de 2012, também da DIPRO.
46 DIPRO	06/10/2014	Dispõe sobre as solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, altera a IN/DIPRO nº 43, de 5 de junho de 2013, e a IN/DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009.
53 DIDES	14/11/2014	Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2014, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, Componente Operadoras, da ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da RN nº 139, de 24 de novembro de 2006.
54 DIDES	01/12/2014	Dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na RN nº 358, de 27 de novembro de 2014.

(continua)



(continuação)

Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
55 DIDES	04/12/2014	Altera o caput do art. 32 e o anexo I, e revoga o § 1º do art. 32, todos da IN nº 50, de 25 de setembro de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB/ANS).
47 DIPRO	08/12/2014	Altera a IN n.º 13, de 21 de junho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), que define os procedimentos da comunicação dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, contratados por pessoa jurídica, independente de sua segmentação e da data de contratação.
56 DIDES	12/12/2014	Regulamenta a RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.



Veja o endereço da ANS mais próximo de você:

Núcleo	Endereço	Abrangência
Belém PA	Rua Dom Romualdo de Seixas, 1.560 Edifício Connext Office 7º pavimento, Espaços Corporativos 4 e 5 Bairro Umarizal CEP: 66055-200	Amapá, Amazonas, Pará e Roraima
Belo Horizonte MG	Rua Paraíba, 330, 11º andar, Sala 1104 Edifício Seculo Bairro Funcionários CEP: 30130-917	Minas Gerais (com exceção da Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais) e Espírito Santo
Brasília DF	SAS Quadra 1, lote 2, Bloco N, 1º andar Ed. Terra Brasília CEP: 70070-941	Distrito Federal, Goiás e Tocantins
Cuiabá MT	Av. Historiador Rubens de Mendonça, 1894 Salas 102, 103 e 104 Av do CPA Centro Empresarial Maruanã Bairro Bosque da Saúde CEP: 78050-000	Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia
Curitiba PR	Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 373 Conjunto 902 Bairro Centro CEP: 80410-180	Paraná e Santa Catarina
Fortaleza CE	Av. Dom Luís, 807, 23º pavimento Edifício Etevaldo Nogueira business Bairro Meireles CEP: 60160-230	Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte
Porto Alegre RS	Rua dos Andradas, 1276 6º andar, Sala 602 Bairro Centro CEP: 90020-008	Rio Grande do Sul
Recife PE	Av. Lins Pettit, nº 100, 9º andar Empresarial Pedro Stamford. Bairro Ilha do Leite CEP: 50070-230	Alagoas, Paraíba e Pernambuco
Ribeirão Preto SP	Av. Presidente Vargas, nº 2121, 2º Andar, Sala 203 Jardim Santa Ângela CEP: 14020-525	Ribeirão Preto, Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais, Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto
Rio de Janeiro RJ	Av. Augusto Severo, 84, térreo Ed. Barão de Mauá Bairro Glória CEP: 20021-040	Rio de Janeiro
Salvador BA	Av. Antonio Carlos Magalhães, 771, Salas 1601-1604 e 1607-1610 Edifício Torres do Parque Bairro Itaigara CEP: 41.825-000	Bahia e Sergipe
São Paulo SP	Av. Bela Cintra, 986, 5º andar Ed. Rachid Saliba Bairro Jardim Paulista CEP: 01415-000	São Paulo, com exceção das Mesorregiões de Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto



ans.reguladora



@ans_reguladora



ansreguladora