

# Relatório de Atividades

# 2015

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](http://www.facebook.com/ans.reguladora)  
[www.twitter.com/ANS\\_reguladora](http://www.twitter.com/ANS_reguladora)  
[www.youtube.com/ansreguladora](http://www.youtube.com/ansreguladora)  
[www.slideshare.net/ans\\_reguladora](http://www.slideshare.net/ans_reguladora)

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

Projeto Gráfico:  
Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

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

Relatório de Atividades 2015 da ANS *Online*  
Acesse:  
<http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/prestacao-de-contas/relatorio-de-atividades>

#### Ficha Catalográfica

---

A 265r      Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).  
Relatório de atividades 2015 [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar.  
– Rio de Janeiro: ANS, 2016.  
6M; ePUB.

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

CDD 352.806

---

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

Diretoria Colegiada da ANS em 2015:

André Longo Araújo de Mello

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

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

José Carlos de Souza Abrahão

Diretor-Presidente a partir de 15/06/2015

Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos a partir de 12/01/2015

Diretor de Gestão Interino de 12/01/2015 a 21/06/2015

Diretor de Gestão de 16/05/2014 até 12/01/2015

Karla Santa Cruz Coelho

Diretora de Gestão a partir de 15/07/2015

Leandro Reis Tavares

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

Martha Regina de Oliveira

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

Diretora-Presidente Substituta a partir de 06/11/2014

Simone Sanches Freire

Diretora de Fiscalização a partir de 16/05/2014

Diretora de Gestão Interina de 22/06/2015 a 16/07/2015



# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	9
<b>I - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR</b>	<b>13</b>
<b>II – DESTAQUES DAS ATIVIDADES DE 2015 - FOCOS</b>	<b>21</b>
1. Monitoramento das Operadoras	21
2. Acesso e Qualidade Assistencial	35
3. Sustentabilidade do Setor	54
4. Integração com o SUS	58
5. Fiscalização	61
6. Participação Social e Articulação Setorial	66
7. Acesso à Informação	73
<b>III - DESTAQUES DA GESTÃO INSTITUCIONAL</b>	<b>95</b>
ANEXOS	101



# APRESENTAÇÃO

Este Relatório de Atividades tem o objetivo de prestar contas à sociedade das principais atividades realizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 2015, ano em que completa 15 anos de criação.

A ANS se pauta pelos pilares do acesso, da qualidade e da sustentabilidade econômico-financeira e também assistencial. Estes pilares, juntamente com o acesso à informação de interesse do consumidor, nortearam o ano de 2015.

A transparência ativa é um compromisso da Agência e isto pode ser conferido em seus fóruns de discussão, Consultas Públicas, eventos, interações com o setor e também por meio de seu portal na internet, suas mídias sociais, seus relatórios e publicações.

O Relatório de Atividades é organizado em três partes e um anexo. A primeira parte aborda competências, marco legal, estrutura básica e Agenda Regulatória 2016/2018 da ANS. Na segunda, são destacados os avanços conquistados em 2015, organizados em focos de atuação da Agência: Monitoramento das Operadoras; Acesso e Qualidade Assistencial; Sustentabilidade do Setor; Integração com o Sistema Único de Saúde (SUS); Fiscalização; Participação Social e Articulação Setorial; e Acesso à Informação.

Em seguida, são apresentados alguns destaques da gestão institucional da Agência, tendo em vista que aspectos relacionados à estrutura, logística, recursos humanos e orçamento já são tradicionalmente temas do Relatório de Gestão, concluído ao final de cada ano, apresentado ao Tribunal de Contas da União (TCU) e, após aprovação, publicado no portal da ANS na internet. Por fim, no anexo, estão listadas as Resoluções, as Instruções e as Súmulas Normativas publicadas pela Agência em 2015.

Destaque-se que a quase totalidade do conteúdo utilizado neste relatório está disponível no portal da ANS na internet, inclusive nos Relatórios de Atividades das suas Diretorias. Destaque-se também que este documento não esgota todas as atividades da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2015.

Boa leitura!



# INTRODUÇÃO

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

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

Em dezembro de 2015, a regulação do setor de saúde suplementar incidiu sobre um total de 49,7 milhões de consumidores de planos de assistência médica (80% coletivos, 20% individuais ou familiares), com uma cobertura de 25,6% da população residente no país - o que significa que um em cada quatro habitantes tem plano de saúde com assistência médica. Os planos exclusivamente odontológicos contavam com 21,9 milhões de consumidores (82% coletivos, 18% individuais ou familiares), com uma taxa de cobertura de 11,3% da população brasileira.

Atuavam no país 1.340 operadoras de planos privados de assistência à saúde (860 médico-hospitalares; 366 odontológicas e 114 administradoras de benefícios). No total, são 53.515 planos de assistência médica e 4.939 exclusivamente odontológicos registrados pelas operadoras na ANS.

Atendimento Assistencial no 1º semestre de 2015 foi da ordem de 135,8 milhões de consultas médicas; 3,9 milhões de internações; 364,5 milhões de exames complementares e 24,8 milhões de terapias. Os dados relativos ao 2º semestre de 2015 tem prazo de envio que expira somente no último dia de fevereiro de 2016, razão pela qual os dados são parciais.

Até o 3º trimestre de 2015, a receita de contraprestações (mensalidades) das operadoras médico-hospitalares atingiu R\$ 103,9 bilhões. A despesa assistencial correspondeu a R\$ 88,8 bilhões, com 85,4% de sinistralidade (proporção da despesa assistencial em relação à receita de contraprestações). As operadoras exclusivamente odontológicas apresentaram receita de R\$ 2 bilhões, com R\$ 916 milhões de despesa assistencial e sinistralidade de 46,1%. Os dados relativos ao ano de 2015 são parciais pois os dados econômico-financeiros das operadoras têm até o final de março de 2016, para serem encaminhados pelas operadoras à ANS.

Para regular um setor desse porte, as ações devem ser contínuas. Em um breve balanço, nos últimos 12 meses, a Agência avançou com a revisão e publicação do novo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que traz a lista com os itens de cobertura mínima e obrigatória a ser assegurada aos clientes de planos de saúde. Foram incorporados mais 21 procedimentos, incluindo exames laboratoriais, além de mais um medicamento oral para tratamento de câncer em casa e ampliado o número de consultas com fonoaudiólogo, nutricionistas, fisioterapeutas e psicoterapeutas. Com a ampliação, agora a lista do Rol da ANS tem 3.215 procedimentos.

Houve avanços importantes na defesa do direito da gestante quanto ao acesso à informação na hora de escolher a melhor forma de parto. Com a publicação da Resolução Normativa 368, de 2015, a Agência estabeleceu regras para estimular o parto normal e reduzir as cesarianas desnecessárias. Agora, sempre que solicitadas, as operadoras devem divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. Também estão obrigadas a fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, com o registro de todo o pré-natal, bem como exigir que os obstetras credenciados utilizem o Partograma, documento gráfico onde é registrado tudo o que acontece durante o trabalho de parto.

As primeiras etapas do Projeto Parto Adequado, destinado a estimular partos normais em um grupo de hospitais

e a criar modelos que possam ser disseminados para outras maternidades, foram implementadas. Os primeiros resultados das ações para incentivar o parto normal e melhorar a assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos nos hospitais que integram o projeto, mostram avanços significativos. Em seis meses de implantação, a iniciativa desenvolvida pela ANS, Hospital Albert Einstein e Institute for Healthcare Improvement (IHI) ajudou a aumentar em 7,4 pontos percentuais a taxa de partos normais nos estabelecimentos participantes, iniciando a reversão dos altos números de cesáreas registrados nos últimos 10 anos no Brasil.

A mediação de conflitos entre consumidores de planos de saúde e operadoras tem atingido índices acima de 80% de resolutividade. Em 2014, foram registradas 83,2 mil reclamações na Agência, com taxa de resolutividade anual de 81,7%. Em 2015, foram 102 mil reclamações, com taxa de resolutividade anual de 87,4%, chegando a 90,2% no último trimestre de 2015.

Com relação à integração com o Sistema Único de Saúde (SUS), a ANS ampliou a cobrança do ressarcimento - exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade passaram a ter seus valores ressarcidos ao Ministério da Saúde. Foi a primeira vez que as operadoras tiveram que fazer o reembolso por esse tipo de atendimento, que é identificado pela Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC).

Por meio do Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS), todos os pedidos de impugnação e de recurso encaminhados pelas operadoras à ANS, passaram a ser feitos exclusivamente por meio de sistema online. A mudança confere agilidade e melhoria do processo de ressarcimento, com maior controle e redução de custos. Outra inovação é a disponibilização já da Notificação de Cobrança desde a emissão do ABI, junto com a notificação eletrônica, evitando acúmulo do passivo de cobrança e reduzindo defesas meramente procrastinatórias, pois a incidência dos juros retroage ao início do processo.

Em 2015, foi aprimorado o acompanhamento e a avaliação da assistência prestada pelas operadoras aos seus consumidores. Para isso, a Agência efetuou ajustes na metodologia do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que avalia o cumprimento dos prazos de consultas, exames e cirurgias e as negativas de cobertura. Desde o início do Programa de Monitoramento, em 2012, 1.170 planos de 158 operadoras tiveram as vendas suspensas, e outros 1.014 planos voltaram ao mercado após comprovar melhorias no atendimento, além dos 46 planos suspensos de oito operadoras, e dos 33 planos reativados, no quarto trimestre de 2015.

Definidas também novas regras com o intuito de melhorar o atendimento prestado pelas operadoras aos beneficiários nas solicitações de procedimentos e serviços de cobertura assistencial. As medidas, definidas pela RN nº 395, entram em vigor em 15 de maio de 2016, e estabelecem prazos para a prestação de informações ao consumidor, obrigando as operadoras a disponibilizar canais de contato presencial e telefônico, entre outras exigências.

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

Para orientar o consumidor, a Agência lançou uma cartilha para pessoas interessadas em obter informações ou adquirir um plano de saúde, e também um material com informações importantes para quem deseja manter o plano de saúde oferecido pela empresa quando for se aposentar ou nos casos de demissão sem justa causa. Foi realizada campanha de utilidade pública.

O consumidor passou a contar com mais uma ferramenta para obter informações sobre planos de saúde, com o lançamento do aplicativo ANS Móvel, desenvolvido para celulares *smartphones* e *tablets*, permitindo a pesquisa de informações sobre coberturas assistenciais obrigatórias, de acordo com o tipo de plano de saúde contratado, entre outros dados.

A resposta à adaptação do portal da ANS na internet para dispositivos móveis, tornando-o responsivo, feita em 2014, foi significativa. Em 2015, cresceu em quase dois milhões o número de acessos ao portal da ANS na internet passando para 5,9 milhões. As visitas ao portal por meio de dispositivos móveis dispararam de 377 mil, em 2014 para 1,2 milhão, em 2015.

A partir de 2016, todas as operadoras deverão criar, em seus portais na internet, uma área exclusiva que reunirá informações individualizadas do beneficiário de plano de saúde e uma área destinada às empresas contratantes de planos coletivos. As informações destinadas aos consumidores contemplam os dados cadastrais do usuário e o histórico completo de utilização do plano, com o registro das consultas, exames e internações realizadas. Isso ficará organizado no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), área com acesso restrito, que só poderá ser visualizada com o uso de *login* e senha. Já as empresas contratantes de planos de saúde passarão a ter acesso a informações antecipadas sobre o cálculo do reajuste a ser aplicado pelas operadoras, nos contratos coletivos empresariais e por adesão.

A Agência lançou uma nova ferramenta para a pesquisa sobre procedimentos realizados por beneficiários. Chamado de D-TISS, o sistema possibilita acesso a dados sobre a quantidade de procedimentos realizados por médicos, laboratórios, clínicas e hospitais conveniados às operadoras de planos de saúde e a visualização dos gastos com despesas assistenciais em todo o País e por estado, por sexo e por porte da operadora. Há, ainda, a possibilidade de obter dados na forma de mapas. Tudo por meio de um mecanismo amigável de busca por palavra-chave.

Em 2015, a ANS repetiu a veiculação das duas campanhas publicitárias de utilidade pública, produzidas e disseminadas em 2014 - o consumo consciente e o acesso de idosos aos planos de saúde. As peças foram veiculadas em todo o Brasil por meio das emissoras de televisão abertas, fechadas e segmentadas, em TVs de ônibus e de metrô, além dos canais de comunicação da Agência no YouTube, Facebook, Twitter e no portal da ANS.

Outro foco de atuação da ANS foi o estímulo para que as operadoras mantenham boa situação econômico-financeira. Ou seja, que tenham uma operação equilibrada, capacidade de pagamento de dívidas e solidez para atravessar períodos desfavoráveis com segurança. Isso fortalece a qualidade e minimiza os riscos de descontinuidade das operadoras de planos de saúde.

Para tanto, foram estabelecidas regras de garantias financeiras, cuja primeira versão se deu em 2001 e a última atualização, em dezembro de 2015. De lá para cá, o mercado vem elevando o volume de recursos aplicados no setor e melhorando sua estrutura patrimonial.

A ANS trabalha para que aos primeiros sinais de dificuldades, sejam tomadas medidas para resolução dos desequilíbrios econômico-financeiros pelas operadoras. Vale destacar também o processo de autorização de funcionamento das operadoras, no qual todo o mercado saiu de um modelo provisório de registro, com a saída ordenada das operadoras sem condições de atuar no ambiente definido pela Lei nº 9.656, de 1998.

Por fim, a Agenda Regulatória 2016/2018, abordada a seguir, composta por 12 macroprojetos organizados em quatro eixos estruturantes – Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial, Sustentabilidade do Setor, Integração da Saúde Suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS) e Aprimoramento das Interfaces Regulatórias, indicará o rumo das ações a serem desenvolvidas nos próximos três anos pela Agência.

A seguir são destacados o marco legal para regulação do setor, a estrutura básica, as dimensões de atuação e a Agenda Regulatória 2016/2018 da ANS.



# I – ANS 15 anos



Em 2015, a ANS completou 15 anos de criação. Nesse período, a agência acompanhou o crescimento do setor, implementando medidas importantes para a regulação dos planos de saúde, visando assegurar o interesse público.

O setor de planos privados de assistência à saúde está relacionado, desde o seu início, à urbanização, à industrialização do país, à renda e ao emprego formal. Sua origem está na década de 1930, com o início da cobrança pela prestação de serviços em saúde. Na década de 50, com o processo de industrialização do país e a instalação de fábricas na região do ABC paulista, as instituições hospitalares privadas consolidaram-se como as principais prestadoras de serviço à classe média emergente. As primeiras empresas de medicina de grupo surgiram nos anos de 1960.

Até a década de 1980, os planos de saúde estavam voltados para os trabalhadores inseridos no mercado formal. A partir da segunda metade da década, as empresas de planos de saúde expandiram seus negócios para clientes individuais.

Nos anos 90, dois fatos de suma relevância trouxeram mudanças para o setor de planos de saúde: a publicação do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990) e a lei que regulamenta os planos privados de assistência à saúde (Lei nº 9.656, de 1998). Em janeiro de 2000, foi publicada a Lei nº 9.961, que cria a ANS para regular o setor de planos privados de assistência à saúde.

Por tratar-se de um segmento não normatizado e também não regulado no âmbito da Saúde até a Lei nº 9.656, de 1998, as operadoras de planos privados atuavam a partir de critérios próprios do mercado. Pouco se conhece sobre o crescimento dos planos de saúde, em âmbito nacional, até o ano 2000, devido à ausência ou fragmentação das fontes de informação anteriores a esta época.

Assim, quando a ANS foi criada, o setor de planos privados de saúde já existia e se expandia há 50 anos, sem regulação no Brasil. Foi necessário partir quase do zero e gradativamente conhecer o setor, por meio do tratamento, da análise e da geração intensa de informações para que pudesse estabelecer normas, como a definição de regras de entrada e saída do mercado de planos de saúde; a criação de meios de fiscalização; o monitoramento sistemático econômico, financeiro e assistencial das operadoras; bem como, a introdução de mecanismos de proteção ao consumidor e de defesa da saúde.

De lá para cá, a Agência vem implementando medidas importantes para a regulação, a normatização, o controle e a fiscalização dos planos de saúde. Entre as medidas estabelecidas pela ANS nesses 15 anos, destaca-se também a definição de regras para os contratos entre as operadoras e os beneficiários de planos de saúde e entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde; a criação e atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que é a listagem mínima obrigatória de consultas, exames e tratamentos que os planos

de saúde devem oferecer; e a instituição da portabilidade de carências, que possibilita ao consumidor mudar de plano de saúde levando os períodos de carência já cumpridos. Outro destaque é a consolidação do monitoramento e da suspensão da comercialização de planos por descumprimento de prazos de atendimento e negativas de cobertura.

A criação da Notificação de Investigação Preliminar (NIP) possibilitou mais rapidez e efetividade na resposta das operadoras às demandas dos consumidores. Atualmente, mais de 80% das demandas de natureza assistencial são resolvidas em curto prazo e de maneira favorável ao consumidor, por meio da mediação de conflitos realizada pela ANS.

Cabe destacar, ainda, o expressivo aumento do valor ressarcido ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos, bem como o incremento dos valores encaminhados para inscrição em dívida ativa.

Entre as ações mais recentes, a cobertura obrigatória para tratamentos contra o câncer resultou em avanços assistenciais importantes. Foram incluídos no Rol de Procedimentos 37 medicamentos orais para 54 indicações médicas. Já a regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014, com novas regras para os contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, também foi uma conquista recente que deve refletir na melhoria da assistência ao consumidor dos planos de saúde.

Nesses 15 anos, a Agência aprimorou seus canais de comunicação, ampliou o acesso à informação, fez parcerias com órgãos de defesa do consumidor e incentivou a implantação de ouvidorias em todas as operadoras. Tudo isso com o intuito de aperfeiçoar cada vez mais a interface com a população beneficiária dos planos de saúde e, assim, proteger o consumidor.

Por meio de suas câmaras técnicas, comitês, consultas e audiências públicas, fez da participação e do diálogo um mecanismo para mediar e estreitar o relacionamento com o setor e a sociedade.

Investimentos e avanços no âmbito da gestão institucional também foram feitos, que resultaram na contratação, capacitação e qualidade de vida dos servidores. Foram realizados três concursos públicos para contratação de servidores efetivos, além das chamadas para servidores temporários. Atualmente, cerca de 1,4 mil funcionários, entre servidores e terceirizados, trabalham para consolidar e cumprir com êxito a missão institucional da ANS.

## **ANS - Marco legal, finalidade institucional e competências**

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

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

A Agência foi criada 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).

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.

## 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.

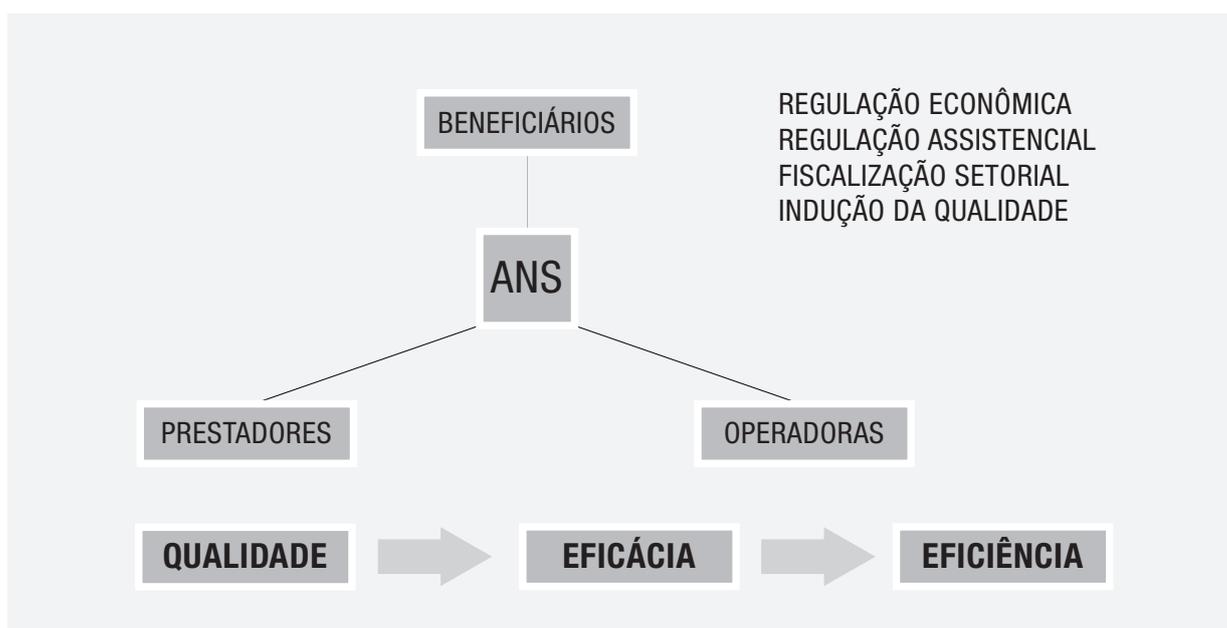
## VISÃO

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



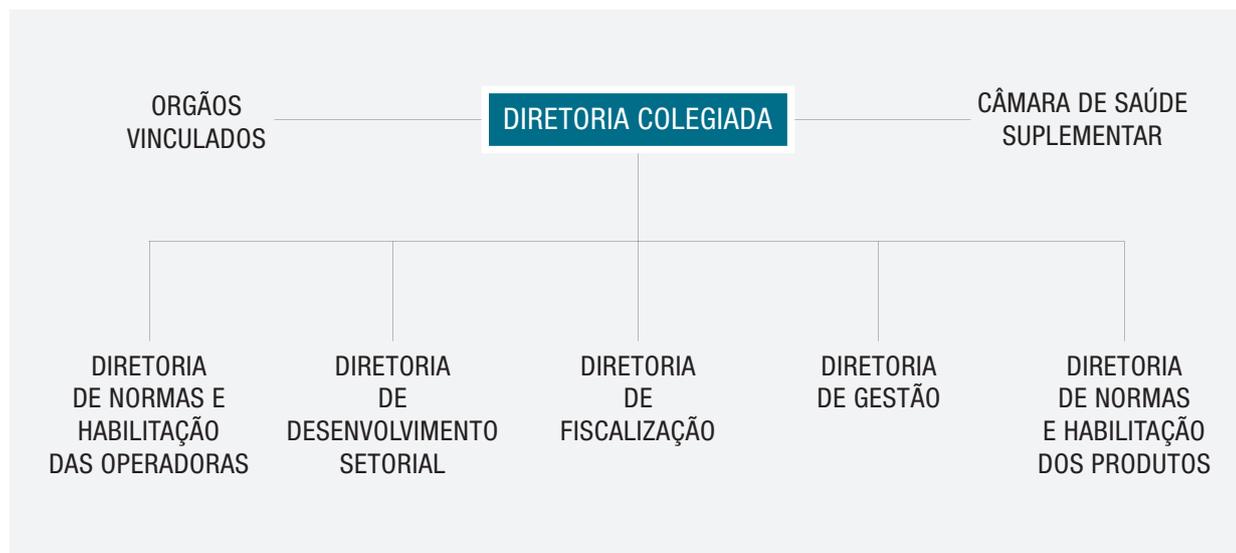
## ESTRUTURA BÁSICA

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

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

A ANS também conta com Órgãos Vinculados, ou seja, não subordinados à sua estrutura, são estes: a Ouvidoria, a Procuradoria, a Corregedoria, a Auditoria e a Comissão de Ética.

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



A seguir, algumas das atribuições das diretorias da ANS:

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

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

Diretoria de Fiscalização (DIFIS) - fiscaliza as atividades das operadoras e zela pelo cumprimento das normas do setor. Instaura, instrui e decide em primeira instância processos administrativos, oportuniza e estimula a resolução de conflitos e coordena o atendimento aos consumidores por meio de canais de relacionamento, inclusive pessoalmente nos Núcleos da ANS. Realiza articulações com órgãos e entidades de defesa do consumidor.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) - identifica interfaces e fomenta a integração entre o segmento de Saúde Suplementar e o Sistema Único de Saúde; dissemina e produz informações padronizadas e de qualidade para a inovação do setor de saúde suplementar e para subsidiar políticas públicas, inclusive ressarcindo os recursos do SUS e contribui para a ampliação do poder de escolha dos consumidores de planos privados de assistência à saúde.

Diretoria de Gestão (DIGES) - planeja, coordena, organiza e implementa políticas, ações e projetos de gestão e aprimoramento internos, visando ampliar a capacidade de governança da ANS, por meio do fomento aos

projetos de estudos e pesquisas, do gerenciamento de pessoas, da tecnologia da informação e da execução das atividades administrativo-financeiras.

## AGENDA REGULATÓRIA DA ANS



A Agenda Regulatória é um instrumento de planejamento que agrega o conjunto de temas estratégicos e prioritários, que serão objeto de atuação da ANS em determinado período. Sua definição busca transparência dos atos e previsibilidade das normas e instrumentos regulatórios, possibilitando o acompanhamento dos compromissos pré-estabelecidos.

A terceira Agenda Regulatória da ANS foi elaborada em 2015. A proposta inicial agregou análise dos desafios enfrentados pelo setor em composição com os projetos oriundos do planejamento estratégico da ANS e com os projetos vindos das Agendas anteriores, buscando tanto a resolução de problemas acumulados no setor de saúde suplementar, como a antecipação de ações estratégicas.

O processo de construção foi participativo e contou com as seguintes fases de contribuições: consulta interna (para os servidores da ANS); pré-consulta (para os representantes da Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS); e Consulta Pública (para toda a sociedade). As contribuições foram analisadas e consolidadas, resultando na definição da Agenda Regulatória da ANS para o próximo triênio.

A Consulta Pública nº57, ficou disponível no portal da ANS na internet no período de 06/05/2015 a 04/06/2015, para envio de contribuições. Foram recebidas 271 contribuições vindas dos vários segmentos da sociedade. O percentual de contribuições aceitas (acatadas; parcialmente acatadas ou já contempladas) foi de 60,9%.

Inicialmente, a agenda estava prevista para o biênio 2015/17, sendo modificada para o triênio 2016/18. À proposta anterior foi incluído um quarto eixo, o de aprimoramento das interfaces regulatórias. Dessa forma, a Agenda traz quatro eixos estruturantes – Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial, Sustentabilidade do Setor, Integração da Saúde Suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS) e Aprimoramento das Interfaces Regulatórias. A partir desses eixos estruturantes, foram delineados 12 macroprojetos, a seguir sintetizados:

## AGENDA REGULATÓRIA 2016/2018

### 1. Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial

- 1.1 Aperfeiçoamento do modelo de prestação dos serviços e seu financiamento na saúde suplementar, com foco na qualidade;
- 1.2 Aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade; e
- 1.3 Avaliação de novos modelos de produtos: equilíbrio entre risco econômico e qualidade assistencial (VGBL; franquias e coparticipação).

### 2. Sustentabilidade do Setor

- 2.1 Aprimoramento das regras para comercialização e dos planos individuais e coletivos; e
- 2.2 Estímulo à eficiência, à concorrência e à transparência, e da escolha empoderada dos consumidores.

### 3. Integração da Saúde Suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS)

- 3.1 Aprimoramento das interfaces de regulação de serviço;
- 3.2 Análise regionalizada da prestação dos serviços; e
- 3.3 Desenvolvimento do Registro Individualizado de Saúde: acesso e portabilidade de informações.

### 4. Aprimoramento das Interfaces Regulatórias

- 4.1 Desenvolvimento do processo de gestão de riscos institucionais;
- 4.2 Aperfeiçoamento da relação institucional com o setor regulado;
- 4.3 Fortalecimento da articulação com os órgãos do Sistema Nacional de Defesa dos Consumidores, Ministério Público, Defensoria Pública e com o Poder Judiciário; e
- 4.4 Aprimoramento da Qualidade Regulatória.

No eixo Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial, os macroprojetos visam ao aperfeiçoamento do modelo de prestação dos serviços e de financiamento, com foco na qualidade; ao aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade; e à avaliação de novos modelos de produtos, focando no equilíbrio entre risco econômico e qualidade assistencial. No conjunto destes itens, o objetivo da Agência é estimular melhores modelos de gestão e de assistência aos beneficiários por parte das operadoras de planos de saúde.

Com relação à Sustentabilidade do Setor, os macroprojetos são: aprimorar as regras para comercialização dos planos individuais e coletivos e também estimular a eficiência, concorrência e transparência, bem como a escolha informada e consciente dos consumidores quando forem avaliar e escolher um produto no mercado de planos de saúde. Entre os objetivos, estão a gestão dos custos com redução de desperdícios e o estímulo ao consumo consciente.

No que diz respeito ao eixo Integração com o SUS, a ANS definiu como focos o aprimoramento das interfaces da regulação dos serviços; a análise regionalizada da prestação dos serviços; e o desenvolvimento do Registro Individualizado de Saúde – acesso e portabilidade de informações. Com isso, espera-se melhoria do fluxo de informações entre prestadores de serviços, mais clareza dos papéis das empresas e melhoria do processo de ressarcimento ao SUS.

O eixo que dispõe sobre o Aprimoramento das Interfaces Regulatórias, traz como macroprojetos o desenvolvimento do processo de gestão de riscos institucionais; o aperfeiçoamento da relação com o setor; o fortalecimento da articulação com os órgãos do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, Ministério Público, Defensoria Pública e com o Poder Judiciário; além do aprimoramento da qualidade regulatória. Neste quesito, os objetos principais são alcançar uma maior transparência institucional por meio do uso das boas práticas regulatórias e a melhoria do relacionamento com as operadoras e consumidores.

As principais atividades do ano de 2015 são destacadas na próxima seção, a seguir.



# II – DESTAQUES DAS ATIVIDADES DE 2015 - FOCOS

## 1. FOCO NO MONITORAMENTO DAS OPERADORAS

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

### 1.1 Medida cautelar de proteção ao consumidor: Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento



A suspensão da comercialização de planos de saúde é uma medida preventiva que tem por objetivo melhorar o acesso do consumidor aos serviços contratados. Por meio das reclamações recebidas pela ANS, são aplicadas medidas administrativas às operadoras que oferecem risco à assistência. As que se enquadrarem por dois ciclos consecutivos do monitoramento na faixa considerada mais gravosa, podem ficar impedidas de comercializar os planos com maior número de reclamações.

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

Como a base de cálculo do programa considera as reclamações feitas aos canais de relacionamento da ANS, é fundamental que os beneficiários de planos de saúde denunciem os problemas. A Agência recebe as reclamações por meio do Disque ANS (0800 701-9656), pela Central de Atendimento no portal na internet ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)) ou pelos Núcleos da ANS, localizados em 12 cidades do país.

Os motivos analisados para fins de suspensão são: descumprimento dos prazos máximos para marcação de consultas, exames e cirurgias; e critérios relacionados à negativa de cobertura: rol de procedimentos, período de carência, rede conveniada, reembolso e mecanismos de autorização para procedimentos.

Os prazos máximos para atendimento estão previstos na RN nº 259, de 2011.

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO DE ATENDIMENTO (EM DIAS ÚTEIS)
Consulta básica - pediatria médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07
Consulta nas demais especialidades	14
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10
Consulta/sessão com nutricionista	10
Consulta/sessão com psicólogo	10
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10
Consulta/sessão com fisioterapeuta	10
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21
Atendimento em regime hospital-dia	10
Atendimento em regime de internação eletiva	21
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Após a consolidação trimestral dos resultados, os planos de saúde das operadoras que foram repetidamente reclamados pelos consumidores (o que aponta reiteração da conduta de não garantia de atendimento aos seus beneficiários) são suspensos para fins de comercialização até que as operadoras apresentem melhores resultados. Com a suspensão, as operadoras ficam impedidas de receber novos consumidores nesses planos até comprovarem melhoria da assistência. Para os beneficiários existentes, o atendimento permanece normal. Além de interromper a venda, as operadoras que negaram indevidamente cobertura podem receber multas que variam de R\$ 80 mil a R\$ 100 mil.

Desde a criação do programa, a ANS realizou 15 ciclos de monitoramento, os quais, a partir da nova metodologia, serão denominados pelo trimestre ao qual se referem. A partir deste ciclo, os resultados do cálculo do monitoramento obedecem à nova metodologia, estabelecida pela IN nº 48, de 2015. As mudanças dão mais eficácia e qualidade ao processo, garantindo a proteção dos direitos dos consumidores. Uma das principais novidades da nova metodologia é a divulgação da situação de todas as operadoras de planos de saúde no programa. Dessa forma, é possível observar as empresas que prestam melhor assistência e aquelas que apresentam maior risco em relação ao serviço que prestam aos seus consumidores.

A seguir o histórico dos ciclos de monitoramento.

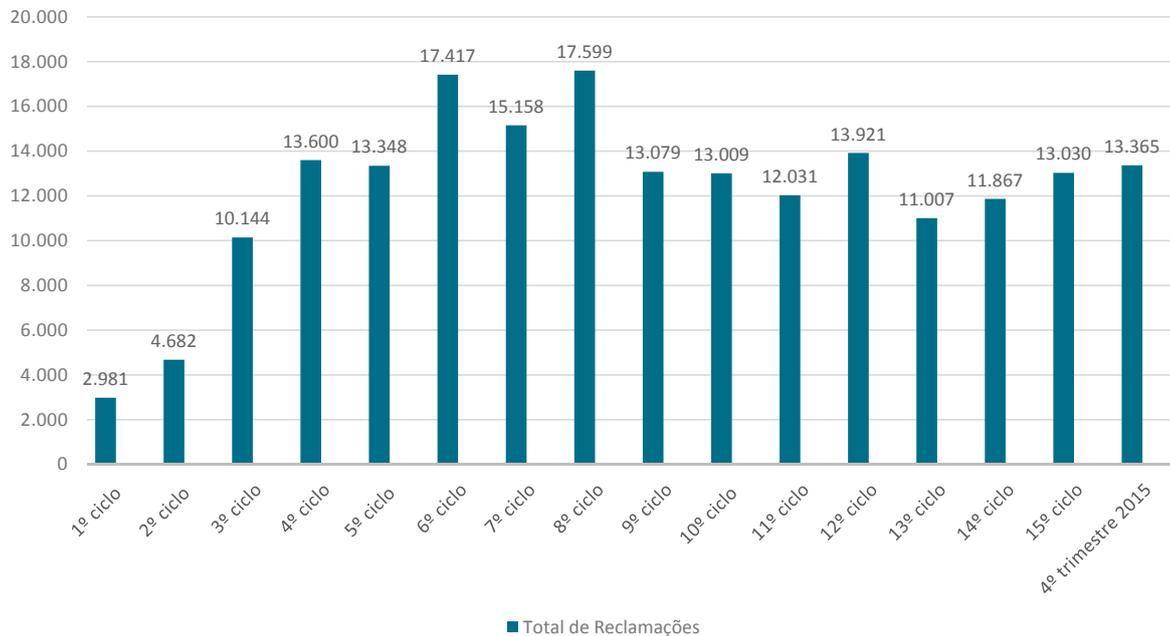
Ciclo	Período	Total de Reclamações	Operadoras com planos suspensos no período	Planos suspensos no período
1º ciclo	19/12/2011 a 18/03/2012	2.981	0	0
2º ciclo	19/03/2012 a 18/06/2012	4.682	37	268
3º ciclo	19/06/2012 a 18/09/2012	10.144	38	301
4º ciclo	19/09/2012 a 18/12/2012	13.600	29	225
5º ciclo	19/12/2012 a 18/03/2013	13.648	0	0
6º ciclo	19/03/2013 a 18/06/2013	17.417	26	246
7º ciclo	19/06/2013 a 18/09/2013	15.158	41	150
8º ciclo	19/09/2013 a 18/12/2013	17.599	47	111
9º ciclo	19/12/2013 a 18/03/2014	13.079	36	161
10º ciclo	19/03/2014 a 18/06/2014	13.009	28	128
11º ciclo	19/06/2014 a 18/09/2014	12.031	16	65
12º ciclo	19/09/2014 a 18/12/2014	13.921	11	70
13º ciclo	19/12/2014 a 18/03/2015	11.007	22	87
14º ciclo	19/03/2015 a 18/06/2015	11.867	15	73
15º ciclo	19/06/2015 a 18/09/2015	13.030	16	43

No ciclo referente ao 4º trimestre de 2015, oito operadoras tiveram 46 planos suspensos, 33 planos reativados, 12 operadoras com reativação total de planos (23 produtos) e quatro operadoras com reativação parcial de planos (10 produtos).

Nesse período, a ANS analisou 16.734 reclamações sobre cobertura assistencial recebidas no período de 01/10/2015 a 31/12/2015. Destas, 13.365 foram consideradas no monitoramento. Foram excluídas as reclamações de operadoras que estão em portabilidade de carências, liquidação extrajudicial ou em processo de alienação de carteira, que já não podiam mais ser comercializados porque as empresas estão em processo de saída ordenada do mercado.

Essas informações subsidiam uma melhor decisão do consumidor no momento de escolher um plano de saúde e incentivam as operadoras a melhorar seus resultados em relação aos ciclos anteriores.

## Histórico das reclamações assistenciais consideradas no monitoramento



No universo avaliado, mais de 90% das reclamações foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), o que garantiu a solução do problema a esses consumidores com agilidade.

## Índice de solução de conflitos no 4º trimestre de 2015.

# 90,2%

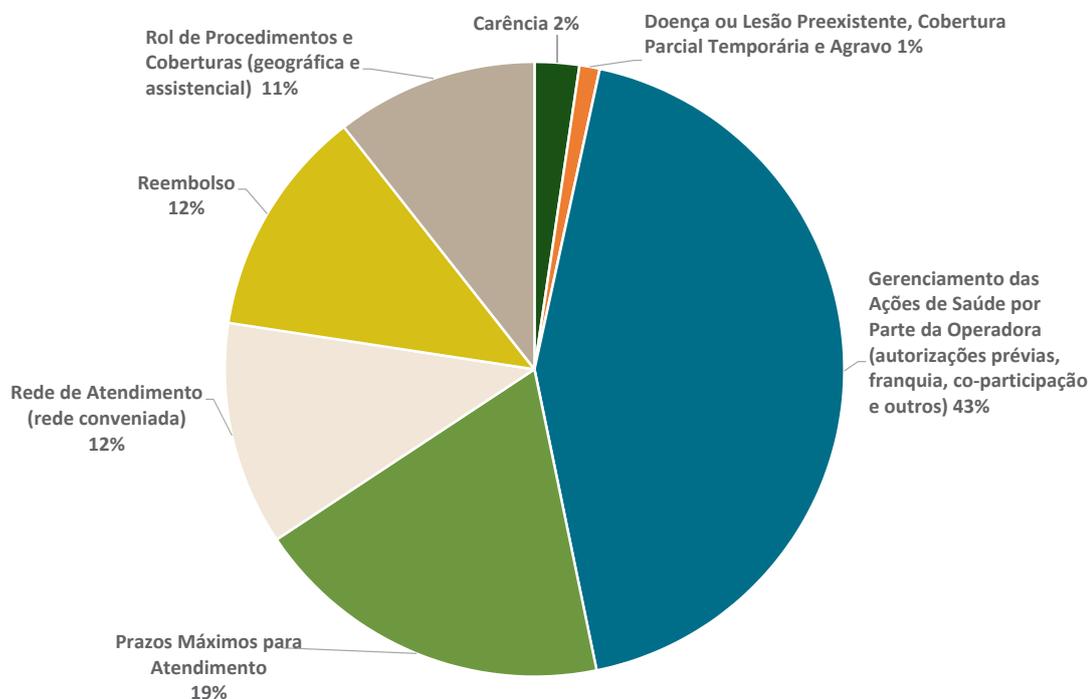


A mediação de conflitos **agiliza a solução de problemas do beneficiário** de planos de saúde.

Com a notificação, as operadoras são comunicadas **diretamente pelo portal da ANS**.

O prazo máximo para a adoção das medidas necessárias à solução da reclamação é de **até 5 dias úteis em casos assistenciais** e de **até 10 dias úteis para não assistenciais**.

## Perfil de reclamações do 4º trimestre de 2015 (em %)



### 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 o mercado 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, além de determinar regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial.

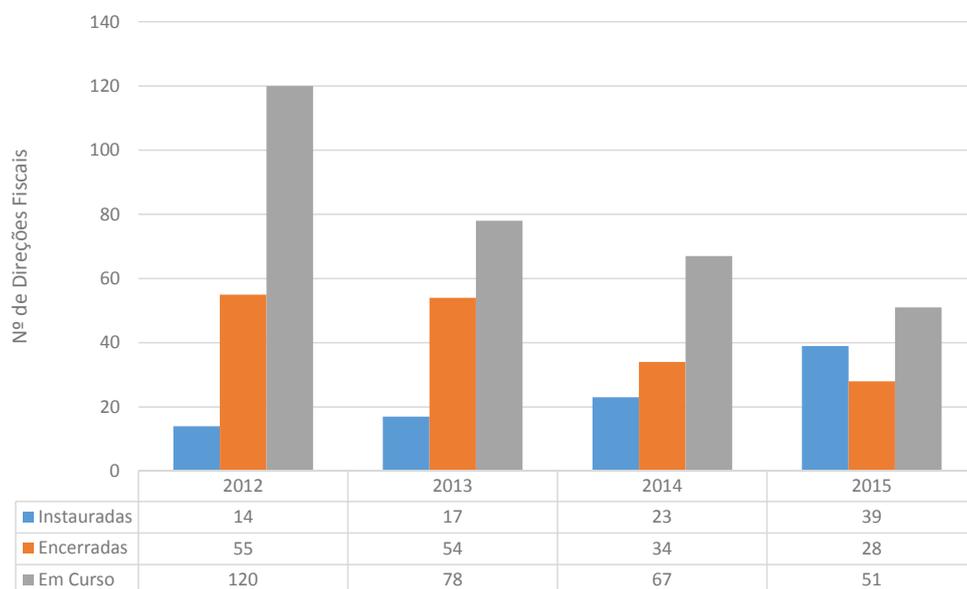
Regimes Especiais são medidas administrativas aplicadas quando outras menos gravosas não tiveram êxito. São estes: direção técnica, direção fiscal e liquidação extrajudicial. Em geral, as operadoras estão em regime especial por uma gama de anormalidades e jamais por um único motivo.

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

## DIREÇÃO FISCAL

A direção fiscal é feita 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. Em 2015, a ANS instaurou 39, encerrou 28 e continuou acompanhando 51 Direções Fiscais em operadoras. A seguir, a evolução das direções fiscais, de 2012 a 2015.

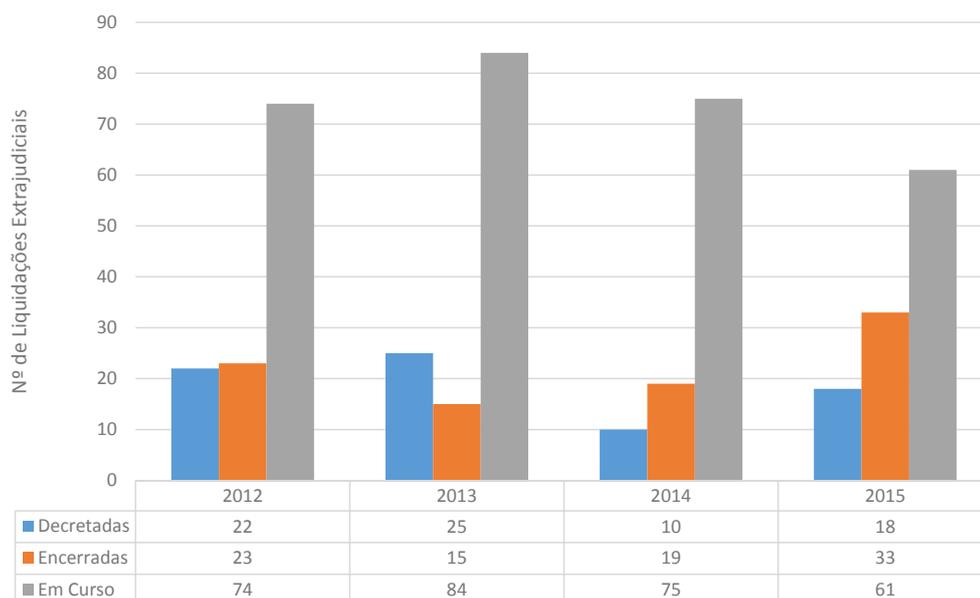
## Evolução das Direções Fiscais (2012-2015)



## LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Na liquidação extrajudicial é realizada a dissolução compulsória da operadora, decretada em face da existência, em caráter irreversível, de anormalidades administrativas ou econômico-financeiras graves que inviabilizam a sua continuidade. Em 2015, a ANS decretou a Liquidação Extrajudicial de 18 operadoras, encerrou 33 operadoras e 61 liquidações estavam em andamento, ao final do ano. A seguir, a evolução das liquidações extrajudiciais, de 2012 a 2015.

## Evolução das Liquidações Extrajudiciais (2012-2015)



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

### 1.3 Monitoramento do Risco Assistencial

O Monitoramento do Risco Assistencial consiste em um processo sistemático e periódico de análise e produção de informações a partir das reclamações dos beneficiários e dos dados encaminhados pelas operadoras aos diversos sistemas de informação da ANS, que visa monitorar e acompanhar a evolução da assistência prestada por meio da identificação de indícios de anormalidades, sinalizando tendências de melhora, manutenção ou agravamento dos cenários de risco assistencial.

O processamento ocorre trimestralmente desde junho de 2011, sendo atualmente utilizados 13 indicadores alocados em cinco dimensões, com os pesos especificados no seguinte quadro:

DIMENSÃO	PESOS (Wi)
Assistencial	15,25%
Atuarial	10,08%
Estrutura e operação	10,08%
Informação	15,58%
Reclamação	49,00%

É atribuído a cada indicador uma pontuação entre 0 e 1, em que 1 representa a obtenção do parâmetro esperado. A nota final é obtida pela ponderação das notas em cada dimensão, que igualmente variam entre 0 e 1. A classificação das operadoras conforme a nota final é mostrada na figura abaixo:



De acordo com a classificação das operadoras estão previstos os seguintes encaminhamentos: acompanhamento via prontuário para o risco baixo e pré-moderado; visita técnica assistencial para o risco moderado, e encaminhamento para análise, no caso de risco alto. Pode-se também recorrer ao monitoramento remoto em caso de piora significativa das operadoras em risco baixo, pré-moderado e moderado. Os resultados de cada operadora são sintetizados no documento denominado "Prontuário de Resultados". O Prontuário é acessado somente pela própria operadora mediante *login* e senha no portal da ANS.

Para o ano de 2015 estavam previstos quatro processamentos do Risco Assistencial, sendo que o quarto está em andamento. O número de operadoras classificadas com Risco Alto, por tipo de assistência: médico-hospitalar (MH) e odontológica (OD)

PROCESSAMENTO	MH	OD	TOTAL
Mar/15	53	4	57
Jun/15	48	4	52
Set/15	39	4	43
Dez/15	Em andamento	Em andamento	Em andamento

## PLANO DE RECUPERAÇÃO ASSISTENCIAL- PRASS

Constatadas anormalidades graves, a ANS notificará a operadora e concederá um prazo de 15 dias para que esta apresente e documente as medidas implementadas para solucionar os problemas identificados.

A seu exclusivo critério, a operadora poderá apresentar um Plano de Recuperação Assistencial como forma de solucionar as anormalidades apontadas pela ANS. As medidas, projeções e metas devem ser especificadas pela operadora no PRASS, com um prazo de vigência de 180 dias, prorrogável uma única vez.

O PRASS é uma alternativa, a critério da operadora, à instauração de um regime especial de Direção Técnica. O critério para definição das operadoras que serão objeto do plano é o mesmo das encaminhadas para regime especial de Direção Técnica, ou seja, as operadoras nas quais são detectadas anormalidades administrativas e assistenciais graves são oficiadas pela Agência, podendo então apresentar um Plano de Recuperação Assistencial, de modo a evitar a instauração imediata de regime especial de Direção Técnica.

Caso o Plano de Recuperação Assistencial não seja aprovado, a operadora será submetida ao regime de Direção Técnica. A operadora deverá encaminhar relatórios mensais, para avaliação das medidas adotadas para sanar as anormalidades verificadas pela ANS.

Ao término do Plano de Recuperação Assistencial, a ANS elabora Nota Técnica, na qual pode indicar o seu encerramento ou a instauração da Direção Técnica.

Dos quatro Planos de Recuperação em andamento em janeiro de 2015, um foi concluído, com a recuperação da operadora e dois foram convertidos em regime especial de Direção Técnica, diante do não cumprimento das metas. Em dezembro de 2015, uma operadora encontrava-se em Plano de Recuperação Assistencial.

## DIREÇÃO TÉCNICA

O regime especial de Direção Técnica poderá ser instaurado quando detectada a ocorrência de uma ou mais das seguintes anormalidades administrativas graves, que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, sem prejuízo de outras que venham a ser identificadas pela ANS:

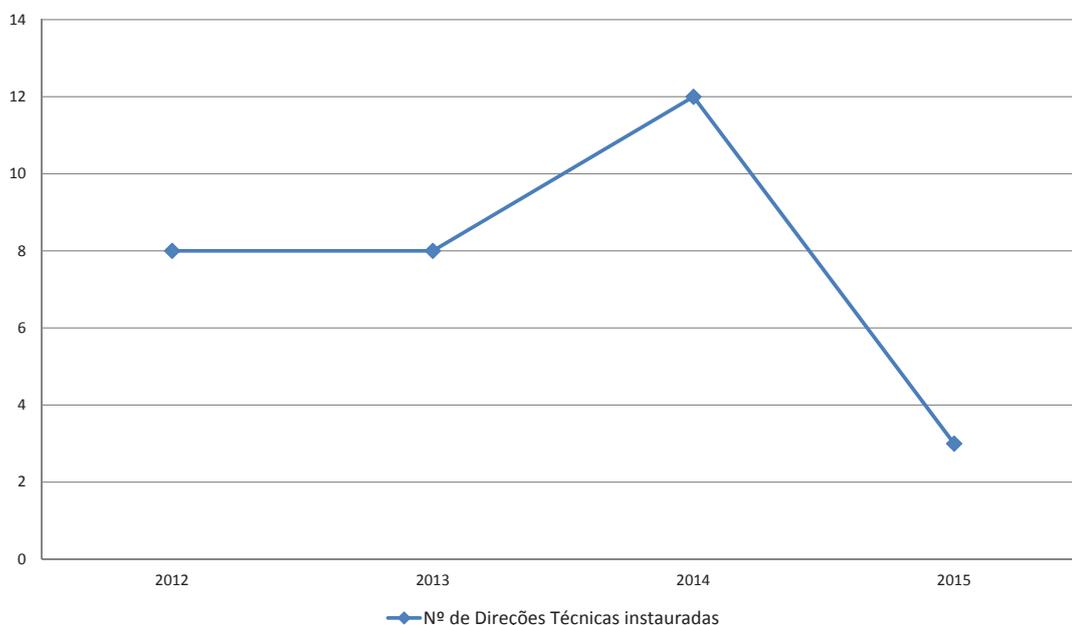
- i) Não apresentação de resposta ao ofício de notificação da ANS, impertinência das medidas que a operadora afirmou terem sido implementadas para solucionar as anormalidades, ou falta de comprovação dessas medidas;
- ii) Não apresentação, não aprovação ou não cumprimento de Plano de Recuperação Assistencial;
- iii) Falhas de natureza atuarial, assistencial, estrutural ou operacional que coloquem em risco a qualidade e a continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários;
- iv) Irregularidades ou incompatibilidades detectadas nas informações prestadas a ANS relativas aos custos assistenciais ou aos valores das contraprestações pecuniárias praticados;
- v) Não cumprimento do Planejamento Assistencial do Produto;
- vi) Não cumprimento dos tempos máximos de atendimento, conforme definido em ato normativo específico;
- vii) Uso inadequado da Notificação de Investigação Preliminar - NIP; ou
- viii) Significativa e imotivada evasão de beneficiários.

O rito previsto para o regime especial prevê o encaminhamento do ofício de anormalidades administrativas graves. Caso a operadora não apresente o PRASS ou este não seja aprovado ou ainda, se aprovado, não seja cumprido, deve ser instaurado o regime especial de Direção Técnica.

A duração do regime é de 365 dias, improrrogáveis. Ao término, o Diretor Técnico deverá elaborar relatório conclusivo, com uma das seguintes indicações: levantamento do regime; sugestão, excepcionalmente, de instauração de um novo regime de direção técnica; e alienação com posterior liquidação extrajudicial. A ANS também elabora Nota Técnica com uma indicação de desfecho do regime.

Em janeiro de 2015, 12 direções técnicas estavam em andamento, e três novas foram instauradas. O gráfico a seguir indica o número de Direções Técnicas realizadas de 2012 a 2015.

### Número de Direções Técnicas instauradas (2012-2015)



## 1.4 IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2015



O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos da operadora, com o objetivo de verificar o desempenho das operadoras que atuam no setor. Os resultados são aferidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela ANS, com base nos dados extraídos dos sistemas de informação da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde. O IDSS é conhecido como a 'nota' das operadoras. O resultado do índice demonstra como o mercado está se comportando nos itens avaliados e é um importante parâmetro para os consumidores avaliarem sua operadora.

O objetivo da divulgação do IDSS é aumentar a transparência do setor, tornando pública a avaliação de desempenho em relação aos aspectos econômico-financeiro, de atenção à saúde 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 2015, foram avaliadas operadoras tendo como base informações relativas ao ano de 2014.

As notas do IDSS têm cinco faixas de variação, indo de 0 a 0,19; 0,2 a 0,39; 0,4 a 0,59; 0,6 a 0,79; e de 0,8 a 1 (nota máxima). Para chegar a essas notas, são avaliados 29 indicadores, sendo 16 relativos à dimensão da Atenção à Saúde (com peso 40%); seis de Estrutura e Operação (com peso 20%); quatro envolvendo aspectos Econômico-financeiros (peso 20%); e três sobre Operação e Satisfação do Beneficiário. A seguir as 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 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, ambulatórios, laboratórios e centros diagnósticos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde para o atendimento de seus beneficiários. Além disso, avalia o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto a ANS.

Satisfação dos Beneficiários: monitora as reclamações recebidas pela ANS, indicadores de permanência dos beneficiários e 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. 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.

### Índice de Desempenho das Operadoras 2015 (Ano-base 2014)

Por Operadora   Por Tipo/Faixa   Comparar Operadoras

Preencha um dos campos abaixo:

**Atenção!** Verifique o número do registro de sua operadora na ANS na carteirinha do plano, no boleto ou [aqui](#)

Registro ANS:	Nome da Operadora:	CNPJ da Operadora:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

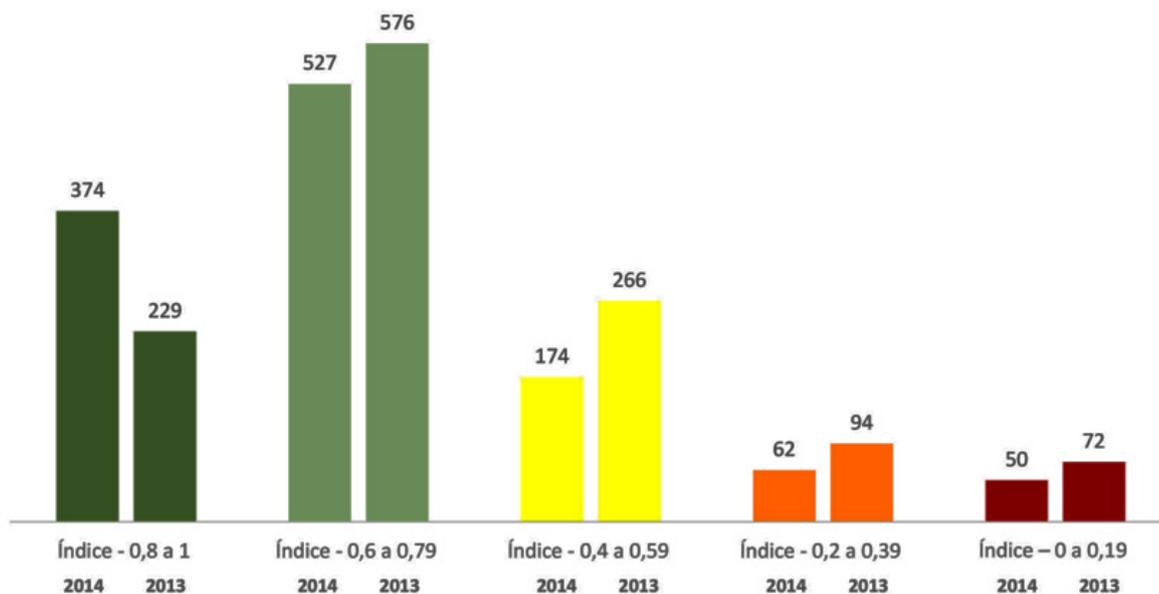
## RESULTADOS - IDSS 2015 (ANO BASE 2014)

Em setembro de 2015, a Agência divulgou o índice de desempenho das operadoras de planos de saúde. O número de beneficiários em operadoras bem avaliadas aumentou em 2014, em relação a 2013.

De acordo com o índice, 901 operadoras ficaram com nota entre 0,6 e 1 (nota máxima) no ano passado, contra 805 em 2013, o que corresponde a um crescimento de 11,9% no período. Juntas, elas representam 75,9% de todo o mercado de planos de saúde de assistência médica e odontológica, composto por 1.187 operadoras e são responsáveis pelo atendimento de 89% dos beneficiários em planos de assistência médica e 96% dos beneficiários em planos exclusivamente odontológicos.

Os dados também apontam queda de 34,5% no número de operadoras concentradas na faixa intermediária das notas, que varia de 0,4 a 0,59. Em 2014, 174 operadoras ficaram nessa faixa – no ano anterior eram 266. Outras 62 empresas ficaram com índice entre 0,2 e 0,39, contra 94 em 2013, representando uma redução de 34%. Na faixa mais baixa (0 a 0,19), a ANS identificou 50 operadoras, redução de 30,5% em relação ao ano anterior (72).

## Número de operadoras com atendimento médico-hospitalar e odontológico, por faixa de IDSS (2013-2014).



Houve melhora no desempenho das operadoras, com maior concentração de empresas com notas entre 0,6 e 0,79 e na faixa de 0,8 a 1 ponto, que são consideradas positivas, e queda em todas as outras faixas. Do total de operadoras analisadas, 743 se mantiveram estabilizadas nas faixas mais elevadas do IDSS e 337 subiram na avaliação. Outras 83 tiveram queda nos indicadores.

Em relação à dimensão econômico-financeira, merece destaque o incremento de 0,65 em 2013 para 0,83 em 2014 na média das notas nesta dimensão. Isso significa que houve melhora nas provisões e nas reservas financeiras de boa parte das operadoras que atuam no mercado. Ressalte-se ainda que o atual estágio do Programa até então tem privilegiado mais os aspectos concernentes à conformidade regulatória do que àqueles associados ao desempenho operacional das avaliadas. Quanto às demais dimensões (Atenção à Saúde, Estrutura e Operação e Satisfação do Beneficiário), não foram observadas variações médias significativas entre 2013 e 2014.

## APRIMORAMENTO DO IDSS

Em outubro de 2015, a ANS publicou a RN nº 386, que trata da remodelação do Programa de Qualificação de Operadoras. As novas dimensões estão mais interligadas e possuem o mesmo peso - 25%. A mudança foi resultado do alinhamento aos Eixos Direcionais da ANS, à Agenda Regulatória e à literatura de Qualidade em Saúde.

Em 2016, o IDSS ano base 2015 continuará com quatro dimensões, apresentadas na seguinte composição:

- Qualidade em atenção à saúde: avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada.
- Garantia de acesso: condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.

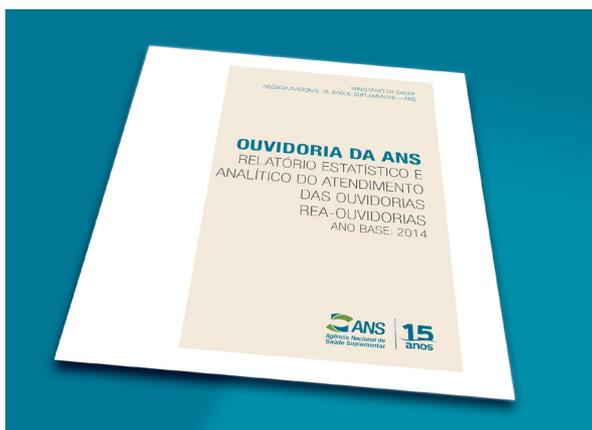
- Sustentabilidade no mercado: monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.
- Gestão de processos e regulação: entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.

## 1.5 Relatório sobre atuação das Ouvidorias das operadoras de planos de saúde

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

Ao instituir a implantação compulsória de ouvidorias pelas operadoras, a ANS busca proporcionar aos beneficiários de planos de saúde um canal de atendimento com escuta qualificada, que não se confunde com os Serviços de Atendimento ao Cliente (SAC).

As ouvidorias são uma forma de reduzir assimetria de informações do mercado e a judicialização dos conflitos, e, ao mesmo tempo, servem como instrumento para correção e aprimoramento da gestão das operadoras na busca da satisfação dos beneficiários.



Em julho de 2015, a ANS divulgou relatório inédito com informações sobre as demandas recepcionadas pelas ouvidorias das operadoras e sobre a avaliação do empenho das equipes no controle da qualidade dos serviços e na busca de solução para problemas na relação com os consumidores.

Das 1.425 operadoras de planos de saúde do país (dados de dezembro de 2014), 1.320 (o equivalente a 93%), possuem ouvidorias cadastradas em cumprimento à Resolução Normativa nº 323, de 2013. Em termos de cobertura, a presença dessas unidades atinge mais de 99,8% do total de beneficiários em planos de assistência médica e exclusivamente odontológica. Mais de 89% das ouvidorias respondem conclusivamente suas demandas dentro do prazo de sete dias úteis estipulado pela legislação.

Das 1.320 ouvidorias cadastradas, 1.241 (94%) enviaram relatórios à ANS, cumprindo com a obrigação de envio de informação. Destes, 804 (64,8%) foram considerados aptos para análise dos dados referentes às demandas recebidas pelas unidades de ouvidoria das operadoras. Foram excluídos da análise formulários com informações preenchidas com o numeral zero, com dados incompletos para os campos referentes às demandas ou por conterem dados inconsistentes.

Em 2014, as 804 unidades de ouvidoria recepcionaram 800.239 manifestações/demandas. No mesmo ano, a ANS recebeu 328.935 demandas de consumidores. Comparativamente, as unidades de ouvidorias das

operadoras receberam aproximadamente 2,5 demandas para cada grupo de 1.000 beneficiários a mais do que os canais de atendimento da Agência.

De uma forma geral, o telefone é o meio de atendimento mais utilizado pelos consumidores (58,6%). O tema mais frequente das demandas foi prestação do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), com aproximadamente 35%, seguido de cobertura assistencial (23,2%), rede credenciada/prestadora (18,6%), questões administrativas (11,8%) e financeiras (11,6%). No geral, a consulta foi o tipo mais frequente de demanda, com aproximadamente 63% das manifestações, seguida de reclamação (32,9%), elogio (2,3%), sugestão (1,4%) e denúncia (0,4%).

Em relação às reclamações recebidas pelas ouvidorias, 32,4% se referem à rede credenciada/prestadora (dificuldade de marcação de consulta/agendamento, falta de prestador, mau atendimento por parte do prestador e descredenciamento de rede); 22,4% a questões administrativas (relação comercial entre operadora e consumidor, corretores, carteirinhas, contratos); 17,7% a questões financeiras (reajuste, boletos, cobranças, reembolso); 14,1% a assuntos pertinentes à cobertura assistencial (autorização, negativa de cobertura/atendimento, demora na liberação de material); e 13,4% a Serviço de Atendimento ao Cliente.

O relatório mostra ainda que aproximadamente 88% (1.079) das unidades de ouvidoria não possuem sistema avaliação do seu atendimento pelo usuário. Das 11,7% ouvidorias (143) que possuem tal serviço, o atendimento foi muito bem avaliado; o conceito bom recebeu 40,6% (58 ouvidorias) e ótimo 31,5% (45 ouvidorias). Uma pequena parcela considera o serviço regular ou ruim, 1,4% e 2,1%, respectivamente.

As operadoras que ainda não cadastraram suas unidades de ouvidoria e/ou não enviaram os relatórios à ANS nos prazos normatizados estão sujeitas a multa no valor de R\$ 25 mil. As informações recebidas pela ANS serão compiladas, analisadas e divulgadas anualmente.

## 2. FOCO NO ACESSO E NA QUALIDADE ASSISTENCIAL

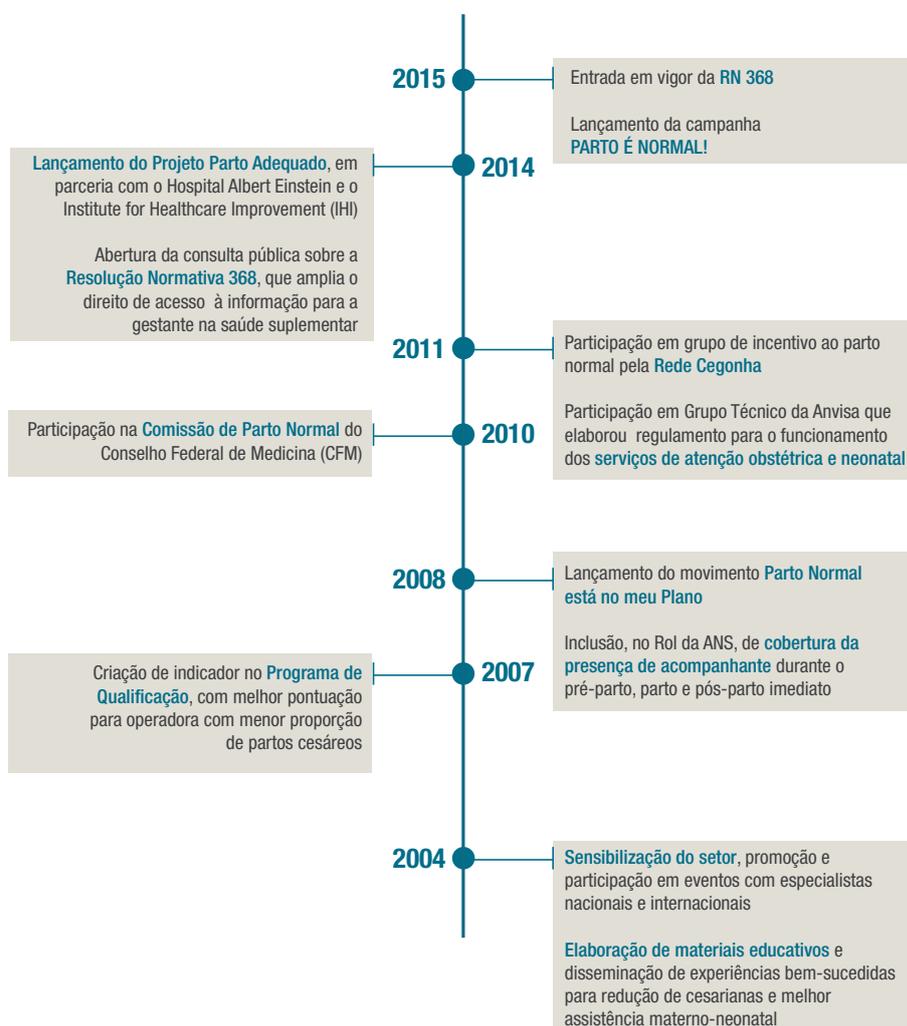
Os principais avanços do ano de 2015, quanto ao acesso e qualidade assistencial, foram: a implementação das normas de Incentivo ao Parto Normal; o Projeto de Indução da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Atenção à Saúde – Projeto Parto Adequado; as novas regras que obrigam as operadoras a qualificar o atendimento prestado aos consumidores; as regras para rescisão ou suspensão por inadimplência; e a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

### 2.1 Política de Incentivo ao Parto Normal

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice razoável de cesarianas é de 15% dos nascimentos. Atualmente, no Brasil, o percentual de partos cesáreos chega a 84% na Saúde Suplementar. A cesariana, quando não tem 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. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade.

Há mais de uma década a Agência realiza um trabalho contínuo para a promoção do parto normal e a redução do número de cesarianas desnecessárias na Saúde Suplementar.

#### AÇÕES DA ANS PARA INCENTIVO AO PARTO NORMAL



Desde 2004, diversas iniciativas foram lançadas para a mudança do modelo de atenção ao parto, entre as quais a inclusão de cobertura obrigatória para parto acompanhado por enfermeira obstétrica e acompanhante, sem custos adicionais, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato; a elaboração, implantação e coordenação de projeto-piloto baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) - Parto Adequado - em hospitais privados e públicos; 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 da Saúde e a publicação da Resolução Normativa nº 368, de janeiro de 2015, que garante o acesso da gestante a informações essenciais para que possa decidir sobre o seu parto.

## NOVAS REGRAS SOBRE PARTO



Após Consulta Pública realizada em 2014, a ANS publicou a RN nº 368, de 2015 (em vigor desde de julho do mesmo ano), que estabelece normas para estímulo do parto normal. Com a entrada em vigor da norma, as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, deverão divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. Atualmente, 23,7 milhões de mulheres são beneficiárias de planos de assistência médica com atendimento obstétrico no país, público-alvo dessas medidas.

Também serão obrigadas a fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, com o registro de todo o pré-natal, e exigir que os obstetras utilizem o Partograma, documento gráfico onde é registrado tudo o que acontece durante o trabalho de parto.

- 1 Direito de informação das beneficiárias
- 2 Informação sobre percentuais cesarianas por médico e estabelecimento de saúde
- 3 Cartão da Gestante e Carta de Informação
- 4 Partograma

**Medidas para estimular o parto normal na saúde suplementar**

O Partograma passa a ser considerado parte integrante do processo para pagamento do procedimento. Nos casos em que houver justificativa clínica para a não utilização do documento, deverá ser apresentado um relatório médico detalhado. Se a cirurgia for eletiva, o relatório médico deverá vir acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela beneficiária, que substituirá o Partograma no processo de pagamento do procedimento.

Com o Cartão da Gestante, qualquer profissional de saúde terá conhecimento de como se deu a gestação, facilitando um melhor atendimento à mulher quando ela entrar em trabalho de parto. A Carta de Informação à Gestante contém orientações e informações para ela tenha subsídios para tomar decisões e vivenciar com tranquilidade o parto. E o Partograma é importante para casos em que, por exemplo, haja troca de médicos durante o trabalho de parto. Nele devem constar informações como se a mulher é diabética, tem hipertensão, que remédios está tomando, como estão as contrações, se há sofrimento fetal, se o parto não progride, entre outras.

As informações sobre as taxas de partos devem estar disponíveis no prazo máximo de 15 dias, contados a partir da data de solicitação. As operadoras que deixarem de prestar as informações solicitadas em cumprimento à Resolução Normativa pagarão multa de R\$ 25 mil.



**COMO CONSEGUIR OS DADOS SOBRE PARTO NORMAL E CIRURGIA CESARIANA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE?**

- A beneficiária ou seu representante legal deverá solicitar à operadora os quantitativos de partos normais e de cesarianas da própria operadora, do médico ou da maternidade.
- A beneficiária poderá solicitar as informações sobre mais de um médico ou hospital, desde que eles façam parte da rede assistencial da operadora.

**Atenção:** o não atendimento, no prazo máximo de **15 dias** contados a partir da data da sua solicitação, acarretará em sanção e multa no valor de **R\$ 25 mil.**

#saúde nasredes blog.saude.gov.br SUS /minsaude SAÚDE DA MULHER

## PROJETO DE INDUÇÃO DA QUALIDADE DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE – PROJETO PARTO ADEQUADO

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

O Projeto de Indução da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Atenção à Saúde no setor, é produto desse acordo e tem como objetivo melhorar a saúde dos indivíduos e populações e a experiência do cuidado (seguro, eficiente, eficaz, a tempo e centrado no paciente). Sua estratégia consiste em implementar projetos-pilotos centrados na indução de boas práticas, baseadas em evidências científicas, favorecendo a produção de saúde e a segurança do paciente.

Serão realizadas ações de indução da qualidade nos prestadores de serviços de saúde e de segurança do paciente em três áreas prioritárias:

- Estrutura e organização da atenção hospitalar ao parto e nascimento;
- Integração dos prestadores de serviços, nos níveis primário, secundário e terciário, na forma de Rede de Atenção à Saúde do Idoso;
- Estrutura e organização da atenção primária.



A primeira iniciativa vinculada ao projeto amplo de indução da qualidade é o Projeto Parto Adequado, a ser implementado em hospitais privados e públicos, na forma de projeto-piloto, para testar estratégias visando à melhoria da atenção ao parto. Tem como objetivo mudar o modelo de atenção ao parto, promovendo o parto normal, qualificando os serviços de assistência no pré-parto, parto e pós-parto e favorecendo a redução de cesáreas desnecessárias e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado. Com isso busca-se reduzir riscos desnecessários e melhorar a segurança do paciente e a experiência do cuidado para mães e bebês.

Com o apoio do Ministério da Saúde, a iniciativa tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. O projeto prevê a elaboração de um modelo assistencial baseado na metodologia desenvolvida pelo IHI, que será testado e validado junto ao Hospital Israelita Albert Einstein e aos demais hospitais participantes. Será realizado por meio da identificação de modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis e em experiências efetivas na saúde suplementar. A adesão ao projeto é voluntária.

Cada parceiro tem suas responsabilidades. A ANS coordena e monitora a cooperação técnica e o projeto-piloto; promove a articulação com representantes dos hospitais; realiza análise de indicadores, a elaboração de relatórios e documentos de registro e a divulgação dos resultados, além de fazer articulação com as operadoras. O Hospital Albert Einstein é colaborador técnico-científico e operacional; responsável pela logística de participação dos hospitais; capacitará os participantes, atuando como laboratório de excelência na atenção à saúde e também participa como hospital piloto, testando as mudanças propostas. O IHI é colaborador técnico-científico e metodológico; responsável pela transferência de conhecimento da ciência da melhoria aos hospitais; pelo apoio na capacitação de profissionais em qualidade e segurança clínica e ciência da melhoria e no mapeamento de processos, construção de indicadores, análise de dados e monitoramento da melhoria.

Em janeiro de 2015, foi realizada reunião entre o Hospital Albert Einstein, a ANS, órgãos de governo, entidades de representação profissional e outras organizações do Setor Suplementar para apresentação e mobilização inicial de ao Projeto.

Os hospitais selecionados foram convidados a participar do 1º Encontro sobre Indução da Qualidade no Parto: Projeto Parto Adequado, em fevereiro de 2015. Outros interessados puderam se inscrever voluntariamente, a partir da divulgação no portal da ANS. No evento, foi apresentada a proposta do Projeto, seus objetivos e, ao final, foi distribuído um termo de intenção, para manifestação de interesse do participante em potencial. Posteriormente, foi divulgado um passo-a-passo para inscrição do hospital no Projeto. Hospitais que desejassem participar do Projeto-Piloto, mas que não se enquadrassem nos critérios preestabelecidos, também puderam enviar propostas de adesão.

Foram solicitados 42 termos de candidatura. As candidaturas foram analisadas segundo critérios técnicos. O limite para composição do grupo de hospitais-pilotos ficou inicialmente estabelecido em até 13 hospitais privados, entretanto um número maior de hospitais demonstrou interesse. Desejando aproveitar a mobilização dos prestadores, a ANS criou o grupo seguidor, inicialmente composto por 16 hospitais.

Em março de 2015, a lista de hospitais foi anunciada pelo Ministério da Saúde. Além dos grupos piloto e seguidor, três hospitais que já haviam obtido redução de cesáreas desnecessárias aplicando a metodologia do IHI foram classificados como colaboradores. Entre os participantes foram incluídos cinco hospitais do SUS, segundo critérios definidos pelo MS.

Em maio de 2015, os hospitais selecionados formalizaram adesão ao projeto em evento no Hospital Albert Einstein. Ao ser constatada a importância do envolvimento das operadoras de planos de saúde, para avançar na viabilização das mudanças assistenciais nos hospitais e maternidades e na garantia de sua perenidade após o Projeto, foi criado o conceito de operadora apoiadora. As operadoras passaram a poder participar apoiando hospitais ou maternidades de sua rede que prestem assistência ao parto e nascimento ou dando suporte às mudanças propostas, acompanhando as medidas adotadas e disseminando informações entre beneficiárias.

A atuação da operadora pode se estender ao aporte financeiro para proporcionar mudanças em instalações físicas e na equipe de profissionais, bem como até a negociação de modelos de remuneração. Para impulsionar a participação das operadoras no Projeto, a ANS convidou as operadoras com maior volume de beneficiárias junto aos hospitais participantes para reunião em maio de 2015, quando receberam minuta de Termo de Compromisso para adesão ao Projeto.

Posteriormente, o convite foi estendido às demais operadoras do setor, pelo portal da ANS. Aquelas que manifestaram interesse foram incorporadas ao grupo apoiador na 2ª reunião, em julho de 2015, quando ocorreu a assinatura dos Termos de Compromisso. Uma página específica no portal da Agência, tem sido usada como apoio para toda a divulgação, com destaque para apresentações realizadas, entrevistas e legislação, além de uma lista de perguntas e respostas incorporada à Central de Atendimento ao Consumidor e à Central de Atendimento às operadoras e aos prestadores e da criação da comunidade do Projeto na intranet da Agência, para sugestões dos servidores da ANS, bem como para compartilhar vídeos com depoimento de servidores e colaboradores sobre experiências pessoais em parto e nascimento.

Para os hospitais participantes, após os primeiros treinamentos, além de prosseguir com a capacitação na metodologia que fundamenta a avaliação, o planejamento, a implementação e a avaliação das melhorias necessárias, os próximos passos serão reunir equipes, discutir e difundir orientações, planejar e operar mudanças seguindo estratégias combinadas e informar mensalmente os dados coletados.

A ANS, o IHI e o Hospital Albert Einstein realizarão análise de indicadores do Projeto e divulgarão relatórios e materiais de referência com os resultados alcançados. Está prevista ainda a publicação de manual para subsidiar o fomento de novos modelos de assistência ao parto e nascimento e a elaboração de medidas de

qualidade e segurança do paciente.

Para fazer as mudanças, os estabelecimentos estão efetuando adequações de recursos humanos e da ambiência hospitalar para a incorporação de equipe multiprofissional nos hospitais e maternidades; capacitação dos profissionais para ampliar a segurança na realização do parto normal; engajamento do corpo clínico, a equipe e as próprias gestantes; e promovendo a revisão das práticas relacionadas ao atendimento das gestantes e bebês, desde o pré-natal até o pós-parto.

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.

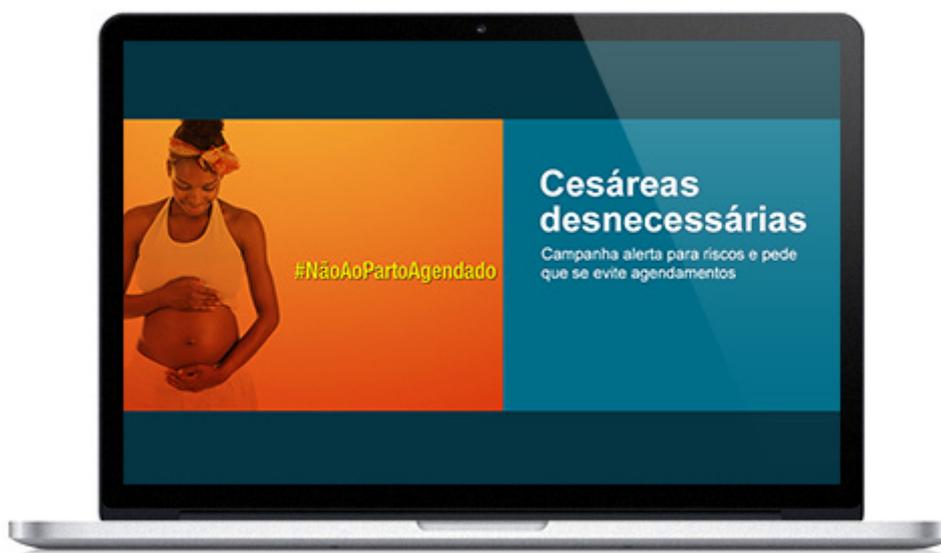
Espera-se identificar ao final do projeto: i) modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis e em experiências efetivas na saúde suplementar, que subsidiem a implantação de um novo arranjo organizativo da prestação de serviços de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

Em seis meses de implantação, a iniciativa ajudou a aumentar em 7,4 pontos percentuais a taxa de partos normais nos estabelecimentos participantes, iniciando a reversão dos altos números de cesáreas registrados nos últimos 10 anos no Brasil. Nos 42 hospitais públicos e privados que estão desenvolvendo a iniciativa, a taxa de partos normais está em uma curva ascendente: passou de 19,8% em 2014 (média) para 27,2% em setembro de 2015. A redução da taxa de cesáreas para 72,8% após a implantação do projeto equivale ao salto que o índice deu em praticamente uma década – de 2006 a 2015, período em que passou de 75,5% para 85,5%.

### Os números do projeto Parto Adequado em 2015 são:

- 42 hospitais e maternidades privados de todo o Brasil fizeram inscrição para participar do projeto-piloto;
- Das 42 instituições inscritas, oito estão entre as 30 maiores em volume de partos do país e 12 entre as 100 maiores;
- 20 vagas foram oferecidas inicialmente, mas, com o objetivo de atender todos os interessados, foram formados dois grupos;
- 24 hospitais privados e 4 maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) farão parte do projeto-piloto;
- 11 hospitais privados formarão o grupo de seguidores, com acesso aos materiais, monitoramento dos resultados e encontros presenciais com técnicos da ANS;
- Três hospitais participarão do projeto como colaboradores, compartilhando experiências já iniciadas com os demais participantes.

## CAMPANHA REFORÇA ALERTA SOBRE CESÁREAS DESNECESSÁRIAS – NÃO AO PARTO AGENDADO



Uma nova campanha idealizada pelo Projeto Parto Adequado, e lançada pela ANS em dezembro de 2015, reforça a preocupação quanto à realização de cesáreas desnecessárias e busca sensibilizar gestantes e profissionais de saúde para que evitem o parto agendado.

Com o tema **Não ao Parto Agendado**, as mensagens a serem disseminadas pelas mídias sociais dos integrantes do projeto pedem que se evite a realização de cesáreas antecipadas e desnecessárias, numa época em que, devido às férias, festas de fim de ano e carnaval, há um notório incremento no número de partos cirúrgicos, levando à prematuridade dos bebês. Nos meses de dezembro a fevereiro é observado um aumento das cesáreas desnecessárias, agendadas em função das diversas datas comemorativas.

Para prevenir as gestantes, mobilizar os profissionais de saúde e alertar a sociedade, a ANS elaborou esta campanha, que tem o objetivo de alertar para os riscos das cesarianas sem necessidade e sensibilizar as gestantes, seus familiares e também os profissionais de saúde, alertando para os riscos da cesárea desnecessária. A mensagem-chave da campanha é: Respeite o tempo do seu bebê. Para o nascimento, não há feriado: evite o parto agendado, escolha o #partoadequado.

Por meio das mídias sociais, serão divulgadas, regularmente, informações que abordam as vantagens e os mitos relacionados ao parto normal e destacam a importância de práticas baseadas em evidências científicas. A iniciativa também visa estimular o engajamento das equipes de saúde atuantes nos hospitais participantes do projeto Parto Adequado e demonstrar e difundir as mudanças na assistência prestada por essas instituições.



## TAXA DE DISPONIBILIDADE PARA ACOMPANHAMENTO DE PARTO É ILEGAL



Em junho de 2014, a Agência divulgou amplamente que cobranças feitas aos beneficiários de planos de saúde pelos prestadores de serviços, como a taxa de disponibilidade, são consideradas ilegais.

Em maio de 2015, por determinação do Ministério Público Federal de Goiás, a ANS reiterou à sociedade que estas cobranças são consideradas indevidas, conforme entendimento vinculativo firmado na 407ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, realizada em 7 de outubro de 2014.

Os consumidores de planos de saúde têm, conforme a segmentação contratada, cobertura garantida pelas operadoras para todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, como determina a Lei 9.656, de 1998. Uma consumidora de plano hospitalar com obstetrícia tem, por exemplo, o direito garantido de que o parto, normal ou por cesárea, está no seu plano e os honorários médicos serão em sua totalidade cobertos pela operadora. Qualquer taxa cobrada pelo obstetra à gestante é ilegal.

Ao se deparar com cobrança desse ou de qualquer tipo, o consumidor deverá relatar o fato à sua operadora que deverá tomar as devidas providências. É importante solicitar à operadora o protocolo desse atendimento. No caso de a operadora não tomar providências, de posse do protocolo o consumidor poderá fazer uma reclamação na ANS. A operadora será notificada e poderá inclusive ser multada, caso constatada a infração.

### 2.2 Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde



O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde traz o conjunto mínimo de procedimentos de cobertura obrigatória para todos os planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 (entrada em vigor da Lei nº 9.656, de 1998 - os chamados planos novos), ou aqueles que foram posteriormente adaptados à mesma lei.

A revisão do Rol de Procedimentos da ANS é realizada a cada dois anos, no âmbito do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – COSAÚDE, criado pela ANS e formado por representantes de órgãos de defesa do consumidor, prestadores, operadoras de planos de saúde, conselhos e associações profissionais, representantes de beneficiários, dentre outras entidades.

Os princípios norteadores das revisões são: i) as avaliações de segurança e efetividade dos procedimentos; ii) a disponibilidade de rede prestadora; e, iii) a relação custo/benefício do conjunto de beneficiários de planos de saúde. A proposta final é submetida à Consulta Pública no portal da ANS na internet para o recebimento de comentários, críticas e sugestões.

Os procedimentos são atualizados para garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças mediante técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde, sempre obedecendo a critérios científicos de segurança e eficiência comprovados por Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS). Em 2 de janeiro de 2016, começaram a vigorar as novas coberturas obrigatórias para os planos de saúde. Foram acrescentados mais 21 novos procedimentos, incluindo exames laboratoriais, além de mais um medicamento oral para tratamento de câncer em casa e ampliação do número de consultas com fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta e psicoterapeuta.

Na revisão do rol de procedimentos, chamou atenção a grande participação dos consumidores na Consulta Pública nº 59, realizada entre 19/06/2015 a 18/08/2015. A ANS recebeu um total de 6.338 contribuições *online*, sendo 66% de consumidores, 12% de prestadores de serviços e 9% de operadoras de planos de saúde.

A Consulta Pública resultou na RN nº 387, de 29 de outubro de 2015. A seguir as principais inclusões do Rol de Procedimentos:

## PRINCIPAIS INCLUSÕES DO NOVO ROL

	<b>OLHO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Implante de <b>polímero intravítreo de liberação controlada</b> para tratamento uveíte e edema macular por oclusões venosas e diabetes.</li><li>- Tratamento com <b>pantofotocoagulação a laser</b> para retinopatia da prematuridade.</li></ul>
	<b>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Implante de <b>prótese auditiva ancorada no osso</b> para o tratamento das deficiências auditivas.</li></ul>
	<b>CÂNCER</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Enzalutamida</b> medicamento oral para tratamento do câncer de próstata.</li><li>- Fornecimento de <b>medicação para o controle da dor como efeito adverso na terapia antineoplásica Laserterapia</b> para o tratamento da inflamação da mucosa devido a quimioterapia ou radioterapia.</li><li>- <b>Termoterapia transpupilar a laser</b> para o tratamento de melanoma.</li></ul>
	<b>INCONTINÊNCIA URINÁRIA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tratamento da <b>hiperatividade vesical</b> com aplicação de toxina botulínica.</li></ul>
	<b>CORAÇÃO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Implante de <b>cardiodesfibrilador multissítio TRC-D</b> dispositivo que ajuda a evitar morte súbita em doentes cardíacos.</li><li>- Implante de <b>Monitor de Eventos (Looper)</b> utilizado pra diagnosticar perda da consciência por causas indeterminadas.</li></ul>
	<b>DENGUE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Antígeno NS1</b> do vírus da dengue, <b>anticorpos IGG e IGM (teste rápido)</b>: exames laboratoriais de sangue utilizados para auxílio diagnóstico de dengue.</li></ul>
	<b>DOENÇAS REUMATOLÓGICAS E INFLAMATÓRIAS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Terapia imunobiológica subcutânea</b> para artrite psoriásica, Crohn e espondilite anquilosante.</li><li>- <b>Anti-CCP</b>: exame laboratorial de sangue utilizado para auxílio diagnóstico de artrite reumatoide.</li><li>- <b>HLA B27</b>: exame laboratorial de sangue utilizado para auxílio diagnóstico de espondilites.</li></ul>

Além de inclusões, a ANS ampliou o uso de outros procedimentos já previstos no Rol anterior, entre os quais, a ampliação do tratamento imunobiológico subcutâneo para artrite psoriásica e a ampliação do uso de medicamentos para tratamento da dor como efeito adverso ao uso de antineoplásicos.

Também houve aumento do número de sessões com fonoaudiólogo, de 24 para 48 ao ano para pacientes com gagueira e idade superior a sete anos e transtornos da fala e da linguagem; de 48 para 96, para quadros de transtornos globais do desenvolvimento e autismo; e 96 sessões, para pacientes que se submeteram ao implante de prótese auditiva ancorada no osso. Vale destacar ainda a ampliação das consultas em nutrição, de seis para 12 sessões, para gestantes e mulheres em amamentação. Além da ampliação das sessões de psicoterapia de 12 para 18 sessões, entre outros.

## AMPLIAÇÕES

Especialidade	Novo Rol
<b>FONOAUDIOLOGIA</b> (pacientes com gagueira e transtornos da fala e da linguagem)	De <b>24</b> para <b>48</b> sessões por ano 
(pacientes com transtornos globais do desenvolvimento, tais como autismo e Síndrome de Asperger; disfasia e afasia; pacientes portadores de implante coclear)	De <b>48</b> para <b>96</b> sessões por ano 
Pacientes portadores de agnosia e apraxia	De <b>12</b> para <b>24</b> sessões por ano 
<b>FISIOTERAPIA</b> (consulta para cada nova doença)	De <b>1</b> para <b>2</b> consultas 
<b>PSICOTERAPIA</b>	De <b>12</b> para <b>18</b> consultas 

## INCLUSÕES

Especialidade	Novo Rol
<b>FONOAUDIOLOGIA</b> (pacientes que se submeteram ao implante de prótese auditiva ancorada no osso)	Inclusão de <b>96</b> sessões por ano
<b>NUTRIÇÃO</b> (gestantes e mulheres em amamentação)	Inclusão de <b>12</b> sessões por ano

## 2.3 Reestruturação do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS)

O QUALISS visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar e aumentar a disponibilidade de informações. O Programa foi estruturado em dois componentes: Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços e Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços.

O componente Divulgação tem como objetivos aumentar a capacidade de avaliação e escolha do consumidor por prestadores de serviços de saúde mais qualificados, e estimular a adesão, por parte destes, a programas que os qualifiquem. 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.

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 prestadores e o portal da operadora na internet deverão ter o ícone relativo a esses atributos nas listas de sua rede prestadora de serviços de saúde.

As principais modificações do componente Monitoramento residem na simplificação do processo de envio das informações necessárias à avaliação de qualidade, o que é uma estratégia para aumentar a adesão dos prestadores ao Programa. Deste modo, a ideia é que a coleta, tabulação e divulgação das informações sejam realizadas por meio de plataformas desenvolvidas por Entidades Colaboradoras (acreditadoras, entidades de classe, universidades) desde que não haja conflitos de interesses.

Optou-se pela simplificação dos domínios e avaliação dos indicadores, com a redução do número de domínios de seis para três (segurança do paciente, resolutividade e satisfação/centralidade no paciente), avaliando a pertinência dos indicadores a serem associados a cada um destes domínios.

Os principais desafios deste Programa residem na ideia de elevar a qualidade dos serviços prestados, propiciando ao público o acesso a informações sobre a qualidade da rede prestadora. Estas informações, além de orientarem as escolhas do público, propiciarão também a possibilidade de instrumentalizar a contratação entre prestadores e operadoras de planos de saúde.

## 2.4 Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – PROMOPREV

Em consonância com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde e as especificidades do setor de Saúde Suplementar, a ANS tem dado continuidade às estratégias de indução de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – PROMOPREV, com a finalidade de incentivar o cuidado integrado que promova a identificação e o monitoramento dos riscos em saúde, a compressão da morbidade para idades mais avançadas e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. No sistema de informação da ANS estavam registrados, em dezembro de 2015, 1.418 programas de PROMOPREV, abrangendo uma população de cerca de 1,6 milhão de beneficiários de planos de saúde.

Em 2015, foi contratada pesquisa para subsidiar o Plano de Cuidado relativo ao modelo assistencial do parto a ser publicado em 2016. O Plano de cuidado Nascer Saudável na Saúde Suplementar pretende realizar um mapeamento da situação da atenção à gestação e ao recém-nascido na saúde suplementar, descrevendo as coberturas assistências garantidas e as principais fragilidades. Com o objetivo principal de reverter o atual modelo de atenção para o parto e nascimento, construindo um modelo de cuidado que produza melhores resultados em saúde para as mulheres e os recém-nascidos.

O modelo preconizado neste Plano de Cuidado é o atendimento às necessidades das pacientes, a fim de reduzir o custo evitando intervenções desnecessárias, reduzindo o uso das UTI neonatais para que o Brasil reduza os índices de parto cesariana realizados na saúde suplementar.

Para que as mudanças sejam empreendidas com sucesso, proporcionando cuidados perinatais adequados, os fatores sociais e de organização dos serviços devem ser abordados, com a realização de profundas transformações na estrutura dos serviços de saúde e na constituição e atitudes das equipes.

Em 2015 também, foi encomendada a realização de estudo para avaliar a adesão ao Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar, organizado em quatro produtos, com vistas a contribuir para o conhecimento pela ANS de como este plano de cuidado vem sendo adotado, desde sua publicação em 2012. O primeiro produto buscou analisar o modelo assistencial apresentado pelo Plano de Cuidado para Idosos da ANS e os instrumentos propostos para a construção dessa linha de cuidado. Já o segundo produto apontou, ao final, as operadoras do segmento médico-hospitalar que adotam uma linha de cuidado para idosos, elegendo cinco operadoras a serem entrevistadas sobre o modelo de cuidado em seus ambientes.

A análise destas entrevistas, realizadas com os gestores técnicos das cinco operadoras selecionadas constituiu o terceiro produto. Observou-se que há uma diversidade de modelos em execução, com qualidades distintas e diversos níveis de integração. O material reunido ofereceu uma oportunidade para reflexão e adoção de novos rumos para a discussão do cuidado ao idoso na saúde suplementar. Por fim, o último produto ressaltou que, muito embora avanços pudessem ser identificados, existe um hiato na adequação técnica do planejamento assistencial e na articulação da rede assistencial propriamente dita.

The screenshot shows the ANS website interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'Participe', 'Serviços', 'Legislação', and 'Canais'. Below this is a search bar and a 'Buscar' button. The main content area is titled 'Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças'. It includes a description of the programs, a section for 'Classificação dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças', and a search form for finding specific programs. The search form has two input fields: 'CNPJ ou Razão Social ou Registro da ANS:' and 'Nome do Programa de Promoção à Saúde:'. The sidebar on the left contains links to various services and information.

## Oficinas regionais de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

A ANS vem promovendo, desde julho de 2014, oficinas regionais de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Estes encontros, com a participação de representantes das operadoras, oferecem suporte teórico e operacional da Agência para um melhor planejamento e gerenciamento nos programas de PROMOPREV, otimizando a gestão em saúde a partir da perspectiva do envelhecimento saudável e da melhoria da qualidade de vida dos beneficiários. Em 2015, foram realizados encontros em Curitiba, Fortaleza e Rio de Janeiro.

### 2.5 Laboratório de Inovações Assistenciais na Saúde Suplementar

O Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar foi desenvolvido no âmbito da cooperação técnica OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde/OMS – Organização Mundial da Saúde e a ANS. O objetivo deste Laboratório é identificar e valorizar experiências exitosas e inovadoras na Saúde Suplementar no Brasil, referentes a ações e programas de prevenção de danos, riscos e doenças e promoção da saúde, que permitam desenvolver metodologias de avaliação e monitoramento destes programas, especialmente daqueles ativos e aprovados pela ANS. Os objetivos complementares são a integração e divulgação de informações que sirvam como base para o desenvolvimento e aprimoramento dos programas existentes, bem como o incentivo à elaboração de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, inclusive as ações de “envelhecimento ativo”, baseados em evidências. A partir das experiências e aprendizados iniciais do Laboratório, a ANS identificou a necessidade de elaborar um estudo específico para a área de Oncologia, com o objetivo de encontrar, em uma abordagem exploratória, evidências de práticas potencialmente inovadoras de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de neoplasias de colo uterino, mamas, próstata e pulmões por operadoras de planos privados de assistência à saúde. O estudo incluiu também uma revisão da literatura sobre ações em promoção da saúde e prevenção de danos e riscos em Oncologia. Ao final desse estudo, foi realizada uma oficina na ANS em maio de 2015, com o intuito de discutir os resultados com representantes do setor de saúde suplementar e o Instituto Nacional do Câncer – INCA.

Ainda em 2015, foi realizado estudo referente a evidências de boas práticas e iniciativas inovadoras em promoção da saúde e prevenção de riscos na área de saúde mental, por operadoras, incluindo revisão da literatura científica sobre o tema. O estudo apontou a necessidade de qualificar o diagnóstico dos distúrbios mentais, principalmente na atenção primária, nos serviços de emergência e nos atendimentos não especializados. Em 2016, está previsto um *workshop* presencial para que operadoras exponham iniciativas inovadoras e boas práticas sobre o tema.

Com base em levantamento de indícios de boas práticas de gestão e cuidado ao paciente de programas de PROMOPREV aprovados pela ANS, o Laboratório de Inovação Assistencial da ANS-OPAS começou a acompanhar e relatar as iniciativas de duas operadoras do segmento médico-hospitalar. Analisou o uso da tecnologia de informação e comunicação (TIC) em iniciativas de PROMOPREV, particularmente para identificação de fatores de risco, registro de informações em saúde, ações educativas e de mudança de estilo de vida, acompanhamento e orientação.

Também foi realizado estudo sobre os modelos de atenção primária adotados por operadoras com programas de PROMOPREV cadastrados na ANS, com vistas a identificar boas práticas de atenção ao beneficiário, em especial para as seguintes linhas de cuidado: obesidade, hipertensão arterial e diabetes. Tais linhas de cuidado foram consideradas prioritárias pela ANS, com base no Inquérito Telefônico Vigitel 2011 que apontou para taxas significativas de sobrepeso (48%), obesidade (14,5%), diagnóstico médico de hipertensão arterial (20%) e de diabetes (5,3%) entre a população beneficiária das capitais brasileiras e Distrito.

## 2.6 Programa de Acreditação de operadoras de planos de saúde.

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

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

A certidão de acreditação pode ser conferida em três 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 são reconhecidos como entidades acreditadoras e serão os responsáveis pela condução do processo de acreditação nas operadoras. Atualmente, quatro entidades acreditadoras foram homologadas pela ANS e oito operadoras obtiveram o certificado de acreditação. A relação pode ser conferida no portal da Agência na internet.

## 2.7 Novas regras da ANS qualificam atendimento



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

Quando demandadas, as operadoras devem prestar imediatamente as informações e orientações sobre o procedimento ou serviço assistencial solicitado aos seus beneficiários, esclarecendo se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou no contrato. A norma também estabelece a implantação de

unidade para atendimento presencial funcionando em horário comercial durante os dias úteis, nas capitais dos estados ou regiões de maior atuação dos planos, exceto para as operadoras de pequeno porte, as exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e autogestões.

As empresas de grande porte terão que oferecer atendimento telefônico ao consumidor durante 24 horas, sete dias por semana, e as de médio e pequeno porte, as exclusivamente odontológicas e filantrópicas deverão ter canal telefônico para atendimento em horário comercial nos dias úteis. Para assegurar o atendimento aos casos de urgência e emergência, todas as operadoras deverão disponibilizar atendimento telefônico 24 horas, todos os dias da semana.

A norma exige que sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial pelo beneficiário, independentemente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja sua finalidade, deverá ser fornecido número de protocolo no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva cobertura assistencial.

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

Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento ou serviço de cobertura assistencial apresentada, as operadoras terão prazo de até cinco dias úteis para responder diretamente aos beneficiários. Caso a resposta negue a realização de procedimentos ou serviços solicitados, deve ser informado detalhadamente o motivo e o dispositivo legal que o justifique. Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade (APAC) ou de atendimento em regime de internação eletiva, o prazo para resposta é de até dez dias úteis. Já para procedimentos de urgência e emergência, a resposta deve ser imediata.

O consumidor também poderá pedir o envio dessas informações por escrito em até 24 horas e requerer reanálise da sua solicitação, que será avaliada pela Ouvidoria da empresa. Com isso, ele tem a oportunidade de recorrer da negativa dentro da própria operadora. Se a empresa dificultar ou tentar impedir essa reanálise, será configurada infração por não observância às regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial.

Em caso de descumprimento das regras previstas na Resolução Normativa, a operadora está sujeita a multa de R\$ 30 mil. Caso a infração venha a se configurar em negativa de cobertura, a operadora também estará sujeita a multa – neste caso, os valores vão de R\$ 80 mil a R\$ 100 mil.

# Resolução Normativa nº 395

## Entenda as mudanças



### 1 - ATENDIMENTO PRESENCIAL

As operadoras de médio e grande porte (exceto operadoras exclusivamente odontológicas, filantrópicas e autogestões) devem disponibilizar unidade de atendimento presencial funcionando em horário comercial durante os dias úteis nas capitais dos estados ou regiões de maior atuação dos planos.

**Como era:**  
Não havia norma vigente obrigando as operadoras a fornecerem canal de atendimento presencial aos beneficiários.

### 2 - ATENDIMENTO TELEFÔNICO

As operadoras de grande porte (mais de 100 mil beneficiários) deverão oferecer atendimento telefônico ao consumidor durante 24h, sete dias por semana. Para operadoras de pequeno e médio porte, exclusivamente odontológicas e filantrópicas, o atendimento telefônico deve ser feito em horário comercial durante os dias úteis.

**Como era:**  
Não havia norma específica editada pela ANS tratando do atendimento telefônico a ser fornecido pelas operadoras aos beneficiários. Contudo, as operadoras estão sujeitas às disposições do Decreto nº 6.523/2008, que regulamenta a Lei nº 8.078/1990, para fixar normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC.

### 3 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

A operadora deve fornecer número de protocolo no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva cobertura assistencial.

**Como era:**  
A RN 319/2013 exige que a operadora forneça ao beneficiário número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor apenas nos casos de negativa de autorização de procedimentos solicitados.

### 4 - PRAZO PARA RESPOSTA ÀS SOLICITAÇÕES DE ATENDIMENTO

A norma estabelece prazo para que a operadora dê a resposta sobre a solicitação de procedimento ou serviço apresentada pelo consumidor (quando não for possível fornecer resposta imediata); em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial deve ser concluído dentro dos prazos máximos estabelecidos pela ANS (previstos pela RN nº 259/2011).

**Como era:**  
A normativa existente (RN nº 319/2013) determina que "para atendimento ao beneficiário, deverão ser obedecidos os prazos máximos dispostos na RN nº 259/2011", apenas nos casos em que haja negativa de autorização de procedimentos solicitados. A RN nº 319 estabelece prazo de 48 horas para apresentação de resposta ao beneficiário em caso de negativa de autorização do procedimento solicitado, sem estabelecer, contudo, em que prazo a resposta inicial deve ser dada.

### 5 - NEGATIVA DE ATENDIMENTO

Quando a operadora negar o procedimento ou serviço, deverá informar detalhadamente ao beneficiário o motivo da negativa, indicando a cláusula do contrato ou dispositivo legal que justifique; o beneficiário pode pedir o envio dessas informações por escrito no prazo máximo de 24h; o beneficiário também poderá requerer nova análise da sua solicitação e, se a operadora dificultar ou tentar impedir essa reanálise, será configurada infração.

**Como era:**  
Quanto à informação a ser prestada em caso de negativa de cobertura, a norma vigente (RN nº 319) estabelece que quando houver qualquer negativa de autorização de procedimentos, a operadora deverá informar ao beneficiário no prazo máximo de 48 horas contados da negativa, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.  
Quanto ao pedido por escrito, a RN nº 319/2013 diz que uma vez certificado da negativa, o beneficiário poderá solicitar que as informações prestadas na resposta sejam esclarecidas, por correspondência ou por meio eletrônico, conforme sua escolha, e o encaminhamento da resposta por escrito deverá observar o prazo máximo de 48 horas. Quanto ao pedido de reanálise, não há medida similar nos normativos editados pela ANS.

### 6 - MULTA

A RN estabelece multa de R\$ 30 mil para a operadora que não observar as regras dispostas na normativa. E caso a infração venha a se configurar em negativa de cobertura, também será aplicada multa, em valores que vão de R\$ 80 mil a R\$ 100 mil.

**Como era:**  
Essa é uma inclusão nova à RN nº 124 (norma que estabelece a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde), pois não havia sanção prevista para o caso de descumprimento da RN nº 319 – previa punição exclusivamente para o descumprimento do prazo.

## 2.8 Cobertura de plano de saúde para filhos sob guarda

Em dezembro de 2015, com a finalidade de reforçar entendimento já estabelecido pela Súmula Normativa nº 25, de 2012, que trata da inscrição de filho sob guarda menor de 12 anos como dependente em um plano de saúde, a ANS publicou a Súmula Normativa nº 29, esclarecendo que o filho sob guarda – seja provisória ou permanente – tem direito a ingressar como dependente no plano de saúde de seus responsáveis.

## 2.9 Regras para rescisão ou suspensão por inadimplência

Em dezembro de 2015, a ANS publicou orientações que disciplinam a notificação a ser encaminhada ao beneficiário como condição prévia à suspensão ou rescisão unilateral de contrato individual. A notificação deve ser enviada pela operadora ao beneficiário até o 50º dia de inadimplência.

A Súmula Normativa nº 28, de novembro de 2015, estabelece as informações que devem constar da notificação enviada ao beneficiário para fins da suspensão ou rescisão unilateral do contrato individual, entre as quais, a identificação da operadora, do beneficiário, além do plano de saúde contratado, e o número de dias de inadimplência e consequências, caso o beneficiário deixe de pagar o boleto durante 60 dias consecutivos, ou não, dentro dos últimos 12 meses de contrato.

De acordo com a Lei nº 9.656, de 1998, o contrato de plano de saúde só poderá ser cancelado em situações de fraude ou inadimplência do consumidor, por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato tendo sido o consumidor comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência. A rescisão ou suspensão do contrato individual, sem a comprovada notificação prévia do beneficiário, é ilegal e abusiva, passível de aplicação de penalidade à operadora. A elaboração dessas regras ocorreu com base nas contribuições apresentadas por representações de defesa do consumidor, de operadoras, de prestadores de serviços de saúde e Ministério Público.

## 2.10 Encontro sobre Boas Práticas na Saúde Suplementar

O evento Discussão de Boas Práticas na Saúde Suplementar – Câncer, realizado em maio de 2015 pela ANS, teve como objetivo promover debates sobre evidências de boas práticas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de neoplasias de colo do útero, mamas, próstata e pulmões pelas operadoras de planos de saúde. Outros temas discutidos foram a prevenção e tratamento do tabagismo.

O encontro reuniu representantes da ANS, do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e de operadoras selecionadas, mediante pesquisa realizada pela ANS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e operadoras que apresentaram experiências positivas na área de prevenção do câncer. Os resultados obtidos por meio da discussão servirão de base para as próximas ações regulatórias da ANS sob o aspecto assistencial.

## 2.11 Seminário Rede Assistencial e Garantia de Acesso

Em outubro de 2015, a ANS realizou seminário para discutir a rede assistencial e a garantia de acesso na saúde suplementar. O evento, destinado a servidores e colaboradores da ANS, representantes do setor e especialistas da área acadêmica, teve como objetivo trocar informações e experiências sobre o tema e divulgar as ações e estratégias desenvolvidas pela ANS.

Atualmente, um dos maiores desafios da ANS é fazer com que a rede assistencial das operadoras de planos de saúde seja capaz não somente de prestar serviços, mas acima de tudo, promover melhorias na atenção à saúde dos beneficiários, constituindo efetivas redes de atenção à saúde no setor suplementar.

As mesas abordaram: o histórico da regulação assistencial e seus problemas iniciais quando ainda não existiam parâmetros para definir o que seria uma rede suficiente; a dispersão de serviços de saúde no país e municípios em que não existem prestadores de serviços para a saúde suplementar; o estudo sobre o acesso aos serviços de saúde pela população de beneficiários e sua dispersão, com foco na mortalidade por câncer de mama, por infarto e na proporção por parto cesarianas em cada município; e os normativos que versam sobre garantia de atendimento.

As operadoras de planos de saúde apresentaram as medidas que tomaram para aprimorar sua gestão, tais como: qualificação de seus recursos humanos e aprimoramento na gestão da rede assistencial, para adequação aos prazos de atendimento determinados pela ANS.



No evento foi lançada a publicação Rede Assistencial e Garantia de Acesso na Saúde Suplementar, que traz, entre outras informações, um consolidado do avanço no tema e também os desafios a serem enfrentados devido aos vazios assistenciais existentes. A publicação reúne histórico, ações e cenários de cada momento.

Foi destacada a importância da ampliação de estudos e ações para garantia da sustentabilidade assistencial do setor de Saúde Suplementar. A suficiência de rede assistencial vai além da disponibilidade de prestadores, sendo importante discutir a organização desta rede, o modelo de assistência, a qualidade da assistência prestada, bem como a garantia de acesso à cobertura contratada pelos consumidores.

## 2.12 Seminário de Regulação Assistencial na Saúde Suplementar

Em novembro de 2015, a Agência realizou um seminário para discutir a regulação assistencial na Saúde Suplementar. No encontro, foram discutidos modelos assistenciais, gestão do cuidado, organização de redes de atenção e avaliação de tecnologia em saúde. Lançado, ainda, o novo inquérito Vigitel da Saúde Suplementar 2014. Complementando a programação, houve um debate sobre desenvolvimento e a avaliação de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na saúde suplementar.



A pesquisa Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - é realizado desde 2006 pelo Ministério da Saúde, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. O inquérito tem por objetivo monitorar, por meio de pesquisa realizada por telefone, a frequência e a distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

A atual publicação do Vigitel da Saúde Suplementar é fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a ANS e dá seguimento às duas edições anteriores publicadas em 2008 e 2011.

## 2.13 Seminário Internacional com foco na mudança de modelo assistencial

O seminário internacional “A Organização da Prestação dos Serviços e o Financiamento em Saúde: Perspectivas no Brasil e no Mundo”, contou com a participação de técnicos e especialistas do setor e a apresentação de experiências de instituições nacionais e internacionais. O seminário trouxe dois painéis aos participantes: Inovações na prestação dos serviços de saúde e Modelos diferenciados de financiamento em saúde.

Promovido pela ANS, o evento contou com a participação de aproximadamente 350 pessoas, entre técnicos e especialistas do setor, servidores, representantes de operadoras de planos de saúde, médicos, laboratórios, clínicas e hospitais conveniados e defesa do consumidor.

## 2.14 Seminário de Conhecimento Técnico-Científico na Saúde Suplementar

Os dez anos de cooperação técnica internacional entre a ANS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foram celebrados com o Seminário Conhecimento Técnico-Científico para a Qualificação da Saúde Suplementar, realizado em novembro de 2015. No evento, foram apresentados os resultados de 10 estudos desenvolvidos no ano de 2015, trazendo uma reflexão sobre a importância do conhecimento científico para o desenvolvimento da saúde no Brasil.



Na ocasião, foi lançado o livro Conhecimento Técnico-Científico para a Qualificação da Saúde Suplementar, também resultado da parceria entre as duas instituições.

A ANS tem investido na qualificação do setor por meio do estímulo à produção acadêmica e da constante capacitação dos seus servidores. Uma das estratégias utilizadas nesse processo foi a aproximação com institutos de ensino e pesquisa e com instituições parceiras, o que contribuiu significativamente para o conhecimento do setor.

## 3. SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Em 2015, entre as medidas tomadas pela ANS destacam-se: a definição de novas regras para as aplicações permitidas para os ativos garantidores das provisões técnicas das operadoras; a definição dos indicadores a serem utilizados para a aplicação do Fator de Qualidade, nas regras para reajustes de contratos entre operadoras e hospitais; a ampliação do acesso às informações sobre uso e custos de procedimentos; e a participação no plano de ação sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

### 3.1 Regras para aplicações financeiras

A ANS realizou em setembro de 2015, Audiência Pública para revisar a Resolução Normativa nº 159, de 2007, que trata das aplicações permitidas para os ativos garantidores das provisões técnicas das operadoras de planos de saúde. Esses ativos correspondem a uma parte do patrimônio da operadora que funciona como garantia das provisões contabilizadas. A proposta de revisão buscou atualizar a regulação da ANS sobre esses ativos em sintonia com os entendimentos mais recentes sobre a qualidade dos instrumentos financeiros aceitos na composição dos ativos garantidores e os limites de aplicação.

A Audiência Pública nº 03/2015 resultou na RN nº 392, de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito da Saúde Suplementar.

## 3.2 Fator de Qualidade - Regras para reajustes de contratos entre operadoras e hospitais

A Lei nº 13.003, de 2014, delegou para a ANS a obrigação de estabelecer um índice de reajuste para prestadores, caso a negociação não seja efetiva.

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

As regras constam na Resolução Normativa - RN nº 391, de 2015, que altera a RN nº 364, de 2014, que já tratava da definição do índice de reajuste em situações específicas. A Agência definiu a qualidade dos serviços na formação da rede de atendimento ao consumidor, estimulando assim a importância deste quesito, ainda tão pouco debatida no país.

A Instrução Normativa – IN nº 61, de 2015, detalha essas alterações e propõe utilizar os programas de Acreditação já estabelecidos e reconhecidos no Brasil, bem como indicadores e os programas de indução e melhoria da qualidade desenvolvidos pela ANS, como parâmetros para a aplicação do Fator de Qualidade.

Para os hospitais, as normas valem a partir de 2016. Para estes, o Fator de Qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos da seguinte forma: 105% do IPCA para os estabelecimentos acreditados; 100% para hospitais não acreditados, mas que cumpram as metas dos indicadores selecionados e/ou participem de projetos, como o Projeto Parto Adequado; e de 85% para unidades que não atenderem nenhum desses critérios.

A proposta é considerar hospital acreditado aquele que possui certificado de acreditação em nível máximo emitido por instituições que tenham obtido reconhecimento da competência para atuar como Instituições Acreditadoras no âmbito dos serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pelo *The International Society for Quality in Health Care* – ISQUA.

No primeiro ano de vigência da Instrução Normativa nº 61, de 2015, os critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do percentual intermediário serão: atingir a meta do indicador proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS e ter efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador de partos normais ou cumprir a meta dos seguintes indicadores: núcleo de segurança do paciente cadastrado na ANVISA e proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.

O Fator de Qualidade também deve servir como parâmetro de reajuste para os contratos firmados entre operadoras e profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos. Mas os critérios ainda estão em discussão e deverão ser definidos conjuntamente com próprias entidades de classe de cada categoria. Para este grupo, as normas começam a valer a partir de 2017, assim como para laboratórios, clínicas e outras unidades de prestação de serviço de saúde.

Anualmente, a Agência divulgará, em seu portal, informações sobre os projetos de indução de qualidade nos primeiros 90 dias do ano, bem como a lista de hospitais participantes.

Em janeiro de 2016, a Agência divulgou formulário para informes sobre reinternação de pacientes, que deve ser preenchido por hospitais credenciados à rede de atendimento de operadoras de planos de saúde. Esse é um dos indicadores de qualidade que serão levados em consideração na avaliação e cálculo de reajustes aplicados a contratos firmados entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço.

O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 30 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Este indicador avalia a

capacidade progressiva do prestador de serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. Esse é um indicador internacional clássico para avaliação da qualidade de atendimento e cuidado prestados ao paciente nos hospitais. Quanto menor a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Além de terem baixa reincidência de internação, os hospitais devem seguir as regras de segurança do paciente, estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e também estar em dia com o envio de informações por meio da Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS), entre prestadores, operadoras e a ANS. Após a análise, a Agência divulgará a lista dos hospitais que terão direito a reajuste de 100% do IPCA.

## Sobre a regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014

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

- RN nº 363, de 2014 - dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde.
- RN nº 364, de 2014 - dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
- RN nº 365, de 2014 - dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.
- IN nº 56, de 2014 – regulamenta a RN nº 365, de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no portal corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A regulamentação reforça a obrigatoriedade de contratos por escrito entre operadoras e prestadores, com detalhamento de obrigações e responsabilidades específicas. Define também que 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. Estabelece a exigência de as operadoras comunicarem 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.

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, e também a atribuição para a ANS 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.

### 3.3 Metodologia e ferramentas para aplicação do Modelo de Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG) para a área hospitalar na Saúde Suplementar brasileira

Trata-se de produto desenvolvido pelo Hospital Sírio Libanês (HSL) no âmbito do acordo de cooperação técnica da ANS com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Tem como principais subprodutos a definição de um Conjunto Mínimo Básico de Dados (CMBD) para a construção de um sistema de DRGs (*Diagnostic Related Groups*), instrumento importante de geração de informação para planejamento e gestão da saúde, além da codificação de procedimentos selecionados e posterior mapeamento dos mesmos com a TUSS e a realização de um seminário sobre DRGs como ferramenta de avaliação de performance clínica.

Em 2015, foram concluídas as seguintes etapas: geração de banco de dados com ferramenta adquirida pelo HSL, contendo as Grandes Categorias Diagnósticas, com identificação dos principais diagnósticos do Hospital.

### 3.4 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs)

O Governo Federal publicou, em janeiro de 2015, a Portaria Interministerial nº 38, que instituiu um Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI), com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso dos dispositivos médicos OPME em Território Nacional.

O GT Interinstitucional, composto por representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda (MF), Ministério da Justiça (MJ), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ANS, Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

A ANS ficou responsável pelos capítulos relacionados à saúde suplementar e o relatório elaborado foi utilizado como exemplo para outras instituições. A Agência recomendou o desenvolvimento dos seguintes estudos: i) Estudo da cadeia produtiva e distributiva sobre a formação dos preços de Órteses, Próteses e Materiais Especiais no Brasil e sobre o comportamento dos preços na cadeia; ii) Estudo para identificação de quais OPMEs representam maior custo para as operadoras; iii) Avaliação propositiva para aperfeiçoamento da ação regulatória da ANS sobre as OPMEs. iv) Elaboração de orientações (manual de boas práticas) e orientações para compra de OPMEs por operadoras de planos de saúde e/ou hospitais, garantindo o alinhamento dos materiais aos requisitos técnicos necessários, e observância aos requisitos legais obrigatórios.

O GTI concluiu suas atividades em julho de 2015, e elaborou um relatório final, com recomendações de trabalho às instituições participantes. Como resultado, foram definidos planos de ação, organizados nos seguintes eixos: Regulação Sanitária, Regulação Econômica, Regulação do Uso, Ações de Gestão do SUS e Proibições e Penalidades; planos estes que se encontram em processo de implementação.

Em novembro de 2015, foi realizada a primeira reunião do Grupo de Trabalho Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE/OPME/ANS), que irá acompanhar a implementação das propostas para a regulação das órteses e próteses no mercado de saúde suplementar.

A Agência se propôs a realizar, a partir dos dados do TISS, a análise e divulgação das informações sobre OPMEs nos itens aquisição, pagamento, preço e glosas, no intuito de divulgar preços mínimo, médio e máximo por região, porte e tipo de contratação do plano de saúde. Acredita-se que a divulgação dos preços será um importante passo para a transparência e a redução da assimetria de informações.

A ANS também trabalha na publicação da Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS) de Órteses,

Próteses e Materiais Especiais (OPME). Atualmente, o mercado utiliza diferentes tabelas próprias para o processamento de materiais médico-hospitalares e há necessidade de haver alguma padronização/ unificação a fim de dar maior racionalidade ao sistema e obter informações para planejamento e gestão.

Já foram realizadas as seguintes atividades: desdobramento de produtos de saúde nos respectivos modelos, conforme registro na ANVISA, e a correspondente validação no GT do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS); mapeamento com a TUSS; verificada a existência de grandes diferenças entre materiais especiais e os de consumo simples e, também, diferenças nas formas de registro na ANVISA; e construída a proposta para tratar de forma diferenciada o material de consumo geral e os materiais implantáveis.

## 4. FOCO NA INTEGRAÇÃO COM O SUS

As principais conquistas de 2015 nesta área se relacionam ao início da cobrança das APAC e a entrada em operação do PERSUS.

### 4.1 Ressarcimento ao SUS

Em 2015, teve início a cobrança das Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), da mesma forma que são cobradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).

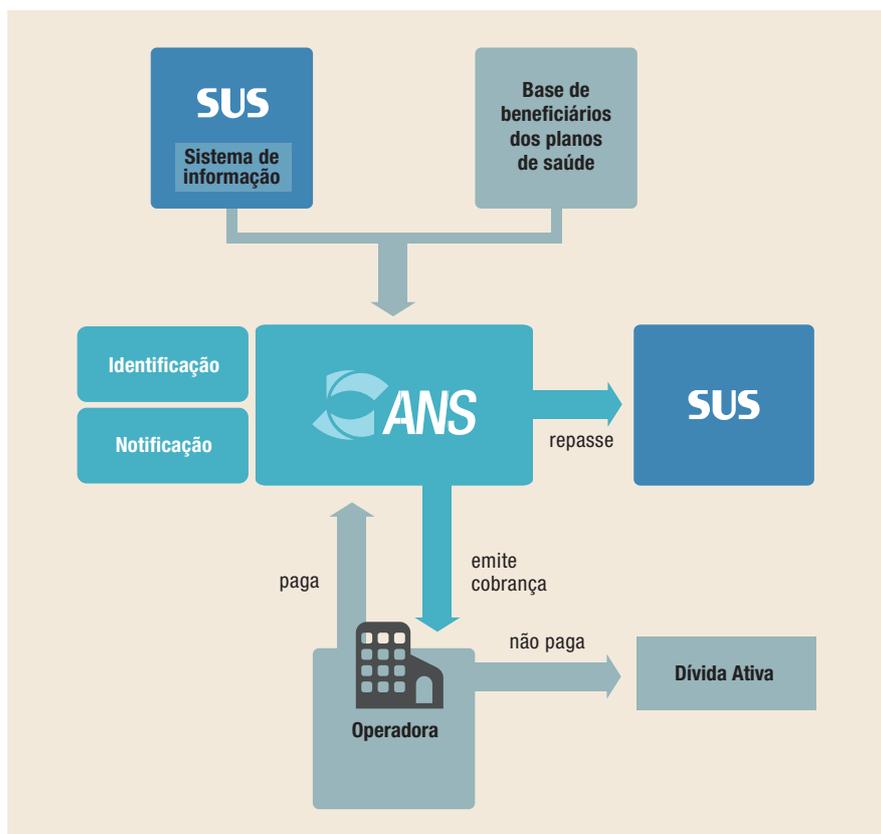
Exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade passaram a ter seus valores ressarcidos ao SUS. É a primeira vez que as operadoras deverão fazer reembolso por esse tipo de atendimento. A medida integra o conjunto de ações do governo federal que objetivam o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS. O cálculo é feito com base nas informações da APAC, que é um item necessário para a realização de determinados exames e terapias no SUS, e a primeira cobrança foi referente ao primeiro trimestre de 2014. Alguns exemplos de procedimentos são: quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, cateterismo cardíaco e cirurgia de catarata, entre outros.

Foi estabelecida também a cobrança de juros sobre os valores que devem ser reembolsados a partir da notificação enviada à operadora. Ou seja, o cálculo é feito com base no valor da data de registro da notificação pela Agência. Antes, a cobrança de juros era iniciada após o final do processo de avaliação da cobrança pelo ressarcimento. Essa é uma medida que visa evitar que as operadoras posterguem o pagamento e, dessa forma, induzir a adimplência junto ao Ministério da Saúde.

### Como funciona

De acordo com o artigo 32 da Lei nº 9.656, de 1998, 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.

No SUS, a realização de alguns procedimentos necessita de uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou de uma Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC). Essa autorização prévia, que é emitida pelas Secretarias de Saúde de Estados e Municípios, identifica o procedimento realizado e o preço a ser pago. Os dados da AIH integram o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e os da APAC integram o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), ambos do Ministério da Saúde, no qual são registrados os dados do usuário da rede pública de saúde, incluindo o número do Cartão SUS. O cruzamento dessa base de dados com as informações da ANS permite identificar beneficiários de planos de saúde que foram atendidos no SUS.



O ressarcimento é uma **obrigação da ANS** definida na Lei 9.656/1998 e ocorre devido à utilização dos serviços do SUS pelas pessoas com planos de saúde. O objetivo é induzir as operadoras a **cumprirem os contratos** com uma rede de prestadores de serviços adequada e qualificada.

Após essa etapa, a ANS gera um Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), que é enviado eletronicamente para a operadora, que tem até 10 dias para tomar ciência e mais 30 para contestar a cobrança ou fazer o ressarcimento do valor identificado. Caso a empresa não se manifeste nesses prazos, ela terá mais 15 dias para efetuar o pagamento.

Os pagamentos efetuados para a ANS são repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para que isso seja feito, a ANS identifica o paciente atendido pelo sistema público e cruza as informações desse paciente com o banco de dados da ANS, cujo cadastro de usuários é abastecido pelos planos de saúde. A partir da identificação de um usuário com plano de saúde que tenha sido atendido no SUS, a ANS notifica a operadora sobre os valores que devem ser ressarcidos e dá início a um processo administrativo em que a operadora poderá apresentar defesa e contestar a cobrança.

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.

## 4.2 PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS

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

O material de orientação para as operadoras utilizarem o sistema (módulo gestão de contas) está disponível no portal da ANS. Dessa forma, a RN nº 377, de 2015, criou a obrigatoriedade de as operadoras verificarem diariamente a disponibilização de documentos ou decisão administrativa, dispensando qualquer formalidade em papel, reduzindo e, até eliminando, as atividades de protocolo e arquivo setoriais.

Junto com a notificação eletrônica, a Agência passou a disponibilizar a Notificação de Cobrança desde a emissão do Ofício de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), evitando o acúmulo do passivo de cobrança e reduzindo defesas meramente procrastinatórias, já que a incidência de juros retroage ao início do processo.

### 4.3. Mudança na regra da liberação de ativos para operadoras em dia com o pagamento do ressarcimento ao SUS

Considerando a necessidade de aperfeiçoar o arcabouço regulatório e o fluxo operacional referente ao ressarcimento ao SUS, bem como, estimular o aumento do índice de adimplência das operadoras, foi publicada em abril de 2015, a RN nº 375, que altera a RN nº 227, de 2010, com o objetivo de acrescer uma fórmula de cálculo para a constituição do lastro dos ativos referentes às Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) do ressarcimento ao SUS, acerca dos Avisos de Beneficiários Identificados notificados e ainda sem a emissão de Guias de Recolhimento da União (GRU).

### 4.4 Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

O projeto Cartão Nacional De Saúde (CNS) foi criado pelo Ministério da Saúde visando à construção de uma base nacional de informações para a saúde no país, com identificação dos indivíduos, independentemente de sua cobertura pela saúde suplementar. O número do CNS servirá como elo para vinculação entre usuário, profissional, serviço e resultado.

O papel da ANS nesse projeto é o de garantir o cadastramento dos beneficiários de planos de saúde na base de dados do CNS, visando identificá-los como parte da população brasileira que também tem acesso ao Sistema Único de Saúde - SUS. A Agência possui, ainda, um papel de intermediador junto ao Ministério da Saúde, no estabelecimento de regras e especificação de soluções que atendam às especificidades do setor suplementar.

O envio do número do 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, desde 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 e para a construção do registro Eletrônico em Saúde, que será abordado no decorrer deste relatório. O número do cartão permitirá identificar se a pessoa é beneficiária de plano de saúde.

Em 2015, a fim de agilizar o processo de emissão destes números aos beneficiários de planos, o Ministério da Saúde disponibilizou o aplicativo CADSUS *STAND ALONE*, ferramenta *off line*, que permite que as operadoras executem, em lote, a busca e emissão de números do Cartão para seus beneficiários.

## 5. FOCO NA FISCALIZAÇÃO

Entre as principais conquistas relativas à fiscalização destacam-se o incremento da solução das demandas por negativa de cobertura, encaminhadas pela Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), e a elaboração de um novo Índice de Reclamações de Consumidores.

### 5.1 Reclamações recebidas em 2015

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

#### Canais de Relacionamento com o Consumidor

 Disque ANS 0800 701 9656	 Central de Atendimento <a href="http://www.ans.gov.br">www.ans.gov.br</a>	 Atendimento pessoal 12 Núcleos da ANS Acesse o portal e confira os endereços
---	--	--

As demandas de informação cadastradas por meio da Central de Atendimento representam **99,56%** do total registrado na Agência.

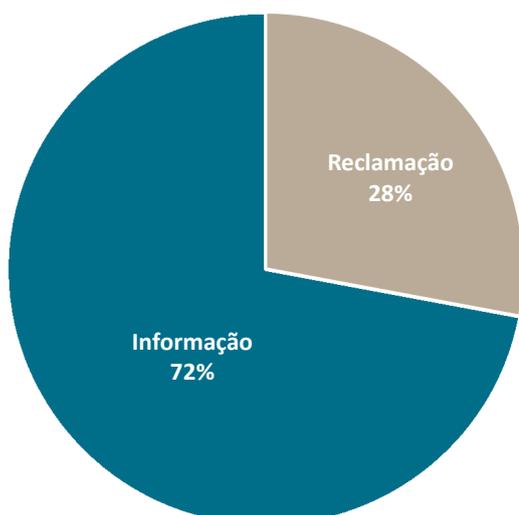
**DISQUE ANS:**  
Em **2015**, o Disque ANS recebeu **861.782 mil ligações**.  
A capacidade de atendimento receptivo do Disque ANS é de 150 ligações simultâneas.

**CENTRAL DE ATENDIMENTO:**  
Pelo Formulário Eletrônico no portal, a ANS recebeu, em **2015**, **20.094 mil demandas** considerando todos os perfis de atendimento (consumidores, operadoras e prestadores).

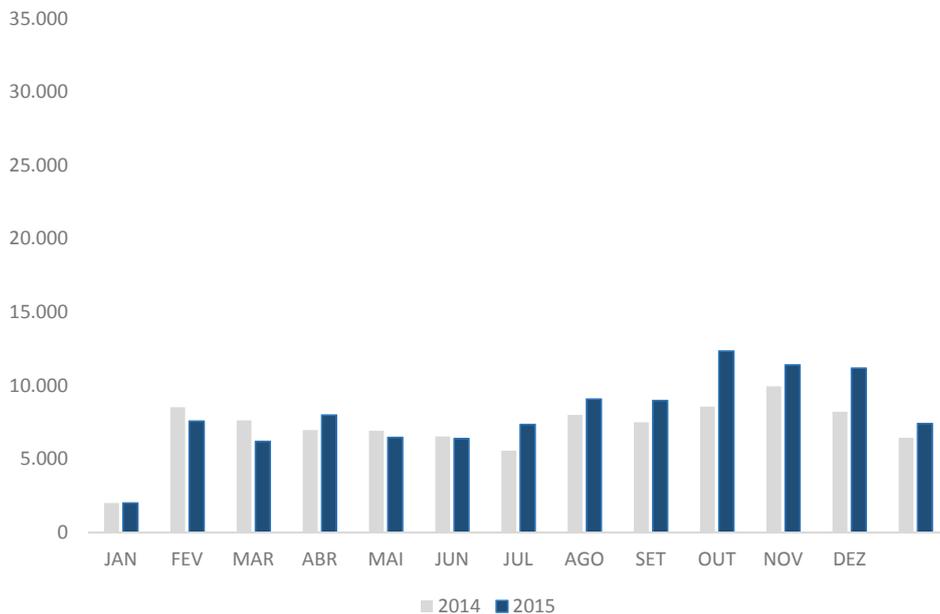
**NÚCLEOS:**  
os 12 núcleos presenciais da ANS registraram cerca de **7,1 mil atendimentos**.

Em 2015, a Agência recebeu 366.673 demandas de consumidores, das quais 28,0% se referiam a reclamações (102.490), apresentando um aumento de 9,6% em relação a 2014; e 71,4% (264.183) referentes a pedidos de informações, com aumento de 12,6% em relação a 2014, conforme demonstrado nos gráficos a seguir.

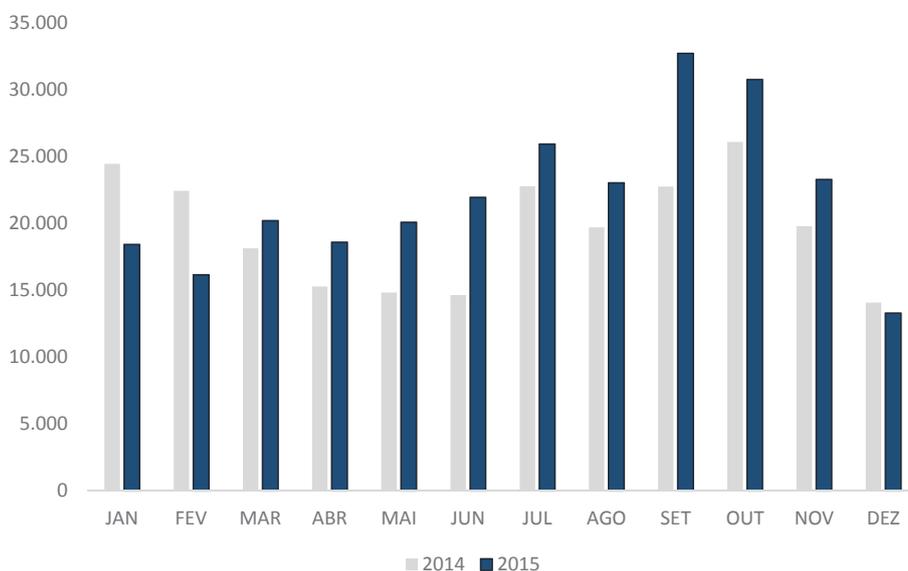
#### Demandas recebidas pela ANS, por tipo (2015)



## Demandas de Reclamação (2014 e 2015)



## Demandas de Informação (2014 e 2015)

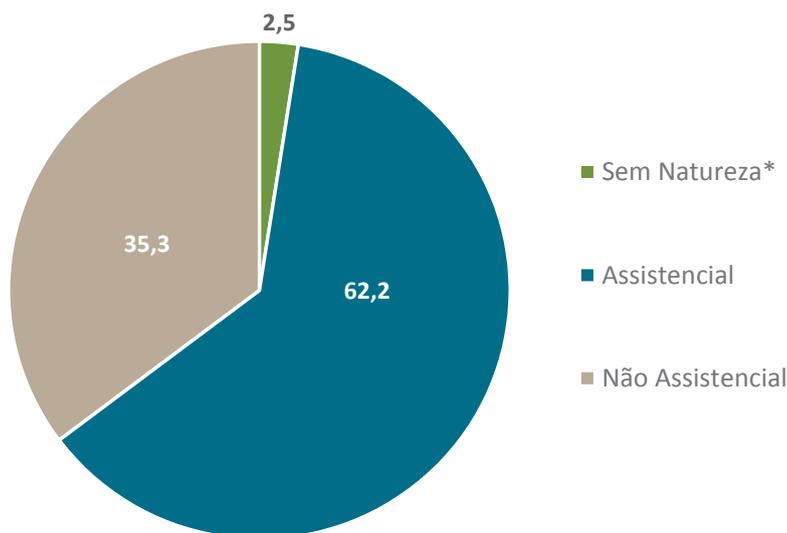


## 5.2 Resolutividade da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP

A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) é um instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos de cobertura assistencial entre operadoras e consumidores. Na NIP assistencial, a notificação tem como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial. Na NIP não assistencial, a referência são os outros assuntos que não a cobertura assistencial, como, por exemplo, reajustes indevidos e descumprimentos contratuais, desde que o consumidor seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de mediação.

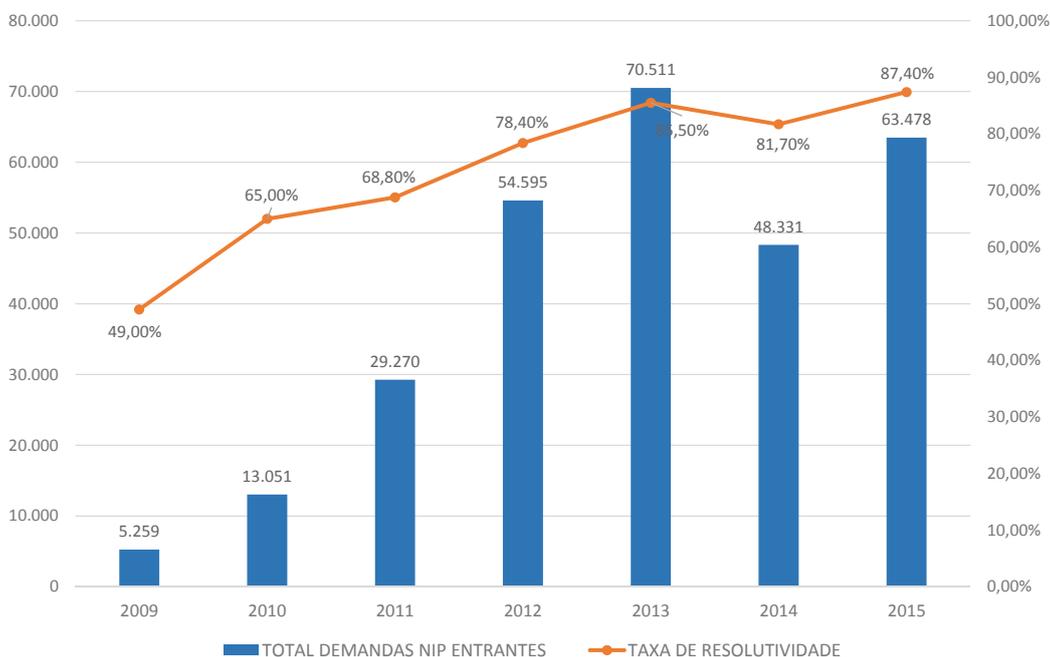
Em 2015, das 102.490 demandas de reclamações de consumidores recebidas pela ANS, 101.997 foram objeto de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, as outras 493 foram demandas de consumidores relativos a denúncias não tratadas no âmbito da NIP.

Das 101.997 demandas objeto de Notificação de Intermediação Preliminar, 63.478 foram classificadas como assistenciais; 35.984 classificadas como não assistenciais e 2.535 não possuíam classificação (Sem Natureza).



Um total de 48.493, das 63.478 demandas assistenciais notificadas em 2015, foram resolvidas por mediação de conflitos, resultando em um índice de resolutividade da NIP sobre negativas de cobertura de 87,40% em 2015. O Índice de Resolutividade mensura o total de reclamações de consumidores, de natureza assistencial, que são resolvidas no âmbito da mediação, sem a necessidade de instauração de processo administrativo sancionador. Em suma, de cada cinco notificações recebidas pela ANS, quatro foram resolvidas por mediação de conflitos.

### Resolutividade anual da NIP (2009-2015)



### 5.3 Novo Índice de Reclamações



Em setembro de 2015, a ANS publicou o novo Índice de Reclamações, que possibilita ao consumidor comparar a atuação das operadoras de planos de saúde. O novo índice foi aprimorado de forma a refletir informações que são, de fato, úteis aos consumidores que desejam comparar operadoras e planos de saúde e fazer, assim, uma escolha mais acertada. Esse novo conjunto de informações é mais preciso e qualificado. Como resultado, dá mais transparência e poder de decisão ao beneficiário, que poderá ter acesso não apenas ao número de reclamações de uma operadora, mas também saber os principais motivos das queixas e como ela foi encaminhada.

No cálculo do Índice são computadas todas as reclamações que a Agência recebe dos consumidores por meio do Disque ANS (0800 701 9656), do formulário eletrônico no portal da ANS na internet, no link Central de Atendimento, por carta ou presencialmente, em um dos 12 Núcleos da ANS localizados em cidades nas cinco Regiões do Brasil. Assim, a ANS mais uma vez reforça a importância dos consumidores no processo regulatório da Agência.

O índice, que é calculado a partir das queixas que são registradas na ANS, foi reformulado com o acréscimo de dois indicadores complementares que ajudam a identificar qual foi a conduta da operadora na resolução das demandas e os principais motivos das reclamações. Com atualização mensal, os indicadores têm como base os dados de beneficiários e reclamações, por temas, recebidos pela ANS nos três meses anteriores. Os três indicadores que permitem comparar a atuação das empresas que atuam no setor de saúde suplementar são: Índice Geral de Reclamações, Percentual de Finalização e Assistencial Índice de Abertura de Processo Administrativo.

- Índice Geral de Reclamações: contempla o número médio de reclamações de beneficiários recebidas nos três meses anteriores e classificadas até a data de extração do dado. O índice tem como referência cada 10.000 beneficiários do universo de consumidores analisado.
- Percentual de Finalização Assistencial: considera o total de reclamações de natureza assistencial solucionadas pela mediação de conflitos por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).
- Índice de Abertura de Processo Administrativo: permite mensurar, do total de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, o volume de reclamações com indício de infração que foram encaminhadas para os Núcleos da ANS para abertura de processo administrativo visando a sua apuração.

Os resultados do cálculo são disponibilizados no portal da ANS na *internet*. Para facilitar a visualização, são apresentados gráficos e também o *ranking* com a lista das dez operadoras com maior índice geral de reclamações, divididas por porte e por tipo de atenção (assistência médica ou exclusivamente odontológica). O consumidor também poderá ver detalhadas as reclamações por tipo de classificação (assistencial e não assistencial) e por subtema (rede de atendimento, prazos máximos para atendimento, rol de procedimentos, reembolso, etc.). Ainda é possível calcular os indicadores de cada operadora individualmente.

A nova metodologia será aplicada para calcular retroativamente os 12 últimos meses, com isso, a série histórica será mantida e divulgada. As demanda em andamento - reclamações em que os prazos da NIP ainda estão em curso ou que estão aguardando análise fiscalizatória - estão todas listadas em planilha completa disponibilizada ao público para acompanhamento, e assim que são classificadas entram nos indicadores.

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

/ Principal / Planos e Operadoras / Informações e Avaliações de Operadoras / Índice de Reclamações / Índice Geral de Reclamações - IGR

**Espaço do Consumidor**

**Informações e Avaliações de Operadoras**

Consultar Dados de Operadora

Qualificação ANS

**Índice de Reclamações**

Acreditação de Operadoras

Operadoras em Regime Especial de Liquidação ou Falência

Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS (antigo Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS)

Dados Integrados da Qualidade Setorial

Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde

Monitoramento de Garantia de Atendimento

**Espaço da Operadora**

Contratação e Troca de Plano

## Índice Geral de Reclamações - IGR

### Desempenho das Operadoras a partir do Índice de Reclamações

Tem como principal finalidade apresentar um termômetro do comportamento das operadoras do setor no atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários. Contempla o número médio de reclamações de beneficiários recebidas nos três meses anteriores e classificadas até a data de extração do dado. O índice tem como referência cada 10.000 beneficiários do universo de consumidores analisado.

**Selecione a segmentação operadoras:**

Médico-Hospitalar  Exclusivamente Odontológico

Grande Porte  Médio Porte  Pequeno Porte

**Evolução do índice médio de reclamações das operadoras de grande porte - fev15 a jan16**

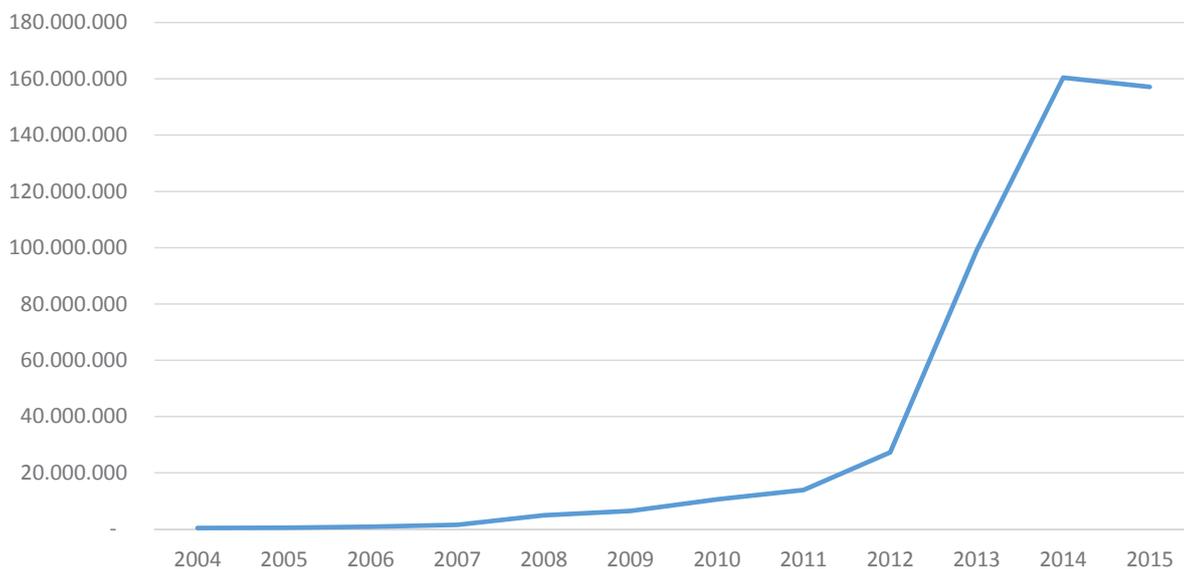
Mês	Índice Geral de Reclamações (IGR)
fev/15	2,8
mar/15	2,8
abr/15	2,8
mai/15	2,8
jun/15	2,8
jul/15	3,2
ago/15	3,5
set/15	4,0
out/15	4,2
nov/15	5,2
dez/15	4,5
jan/16	3,5

A construção do novo índice foi discutida ao longo de seis meses com representantes do setor. Durante o período em que esteve em reformulação, a ANS disponibilizou para consulta no portal uma planilha contendo os números brutos de reclamações por operadora.

## 5.4 Aumento na cobrança e arrecadação de multas por auto de infração

Desde 2013, o valor apurado neste tipo de receita tem superado sua meta de arrecadação. Em 2015, a Agência apurou uma arrecadação em torno 51% acima do previsto. O gráfico a seguir demonstra este resultado.

## Receita Multa Pecuniária



O incremento de receita se deve, além das medidas gerenciais já realizadas em anos anteriores, pela reabertura do parcelamento extraordinário, com base na Lei nº 12.996, de 2014, alterada pela Lei nº 13.043, de 2014, que foram concedidos novos parcelamentos em 2014, que ainda impactaram na arrecadação de 2015.

Das medidas gerenciais, podemos citar: a reformulação dos fluxos dos processos em segunda instância; e o incentivo para as operadoras quitarem seus débitos por intermédio do Programa de Conformidade Regulatória, pelo qual as operadoras com histórico de regularidade no cumprimento da regulação passaram a ter maior autonomia na gestão dos recursos financeiros. Dessa maneira, contam com a livre movimentação dos ativos garantidores das provisões técnicas e o escalonamento na necessidade de vinculação dos ativos garantidores da provisão de eventos e sinistros a liquidar.

## 6. FOCO NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E NA ARTICULAÇÃO SETORIAL

Com foco no estímulo à participação da sociedade e à articulação setorial, a Agência dispôs suas principais normas em Consulta Pública e realizou duas Audiências Públicas. Obteve sugestões da sociedade e do setor regulado nas Câmaras e Grupos Técnicos; 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 2015, a Câmara de Saúde Suplementar se reuniu quatro vezes para discutir temas prioritários do setor.

## 6.2 Ouvidoria da ANS

A Ouvidoria tem a missão de representar todo cidadão, seja ele externo ou interno, garantindo que as manifestações sobre os serviços prestados pela instituição sejam apreciadas de forma independente e imparcial.

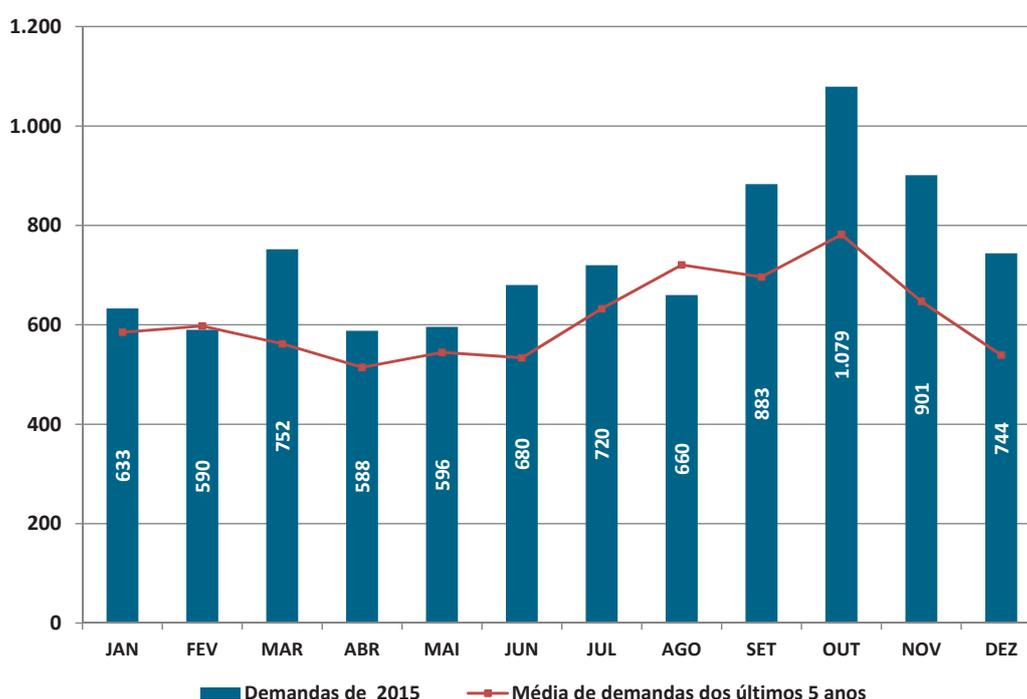
As manifestações recebidas, sejam elas de reclamação, consulta, elogio ou sugestão permitem à ANS aprimorar os processos de trabalho, bem como a qualidade e a efetividade do atendimento.

As atividades habituais da Ouvidoria da ANS tiveram dois impactos em 2015. O primeiro diz respeito ao fechamento do ciclo anual do Relatório Estatístico e Analítico de atividades das Ouvidorias – REA-OUIDORIAS 2015 (ano base 2014), para acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas pelas Ouvidorias das operadoras de planos privados de saúde. Esta análise está na parte “Foco no Monitoramento”, deste relatório.

A análise dos relatórios das operadoras mostrou o acerto da ANS na edição da RN nº 323, de 2013, que inovou na criação de mais este canal de relacionamento destinado à solução de conflitos entre os beneficiários e as operadoras. O significativo número de manifestações recebidas e tratadas pelas ouvidorias das operadoras, 800.239, foi superior aos divulgados no mesmo período pelos inúmeros canais disponibilizados à população.

O segundo motivo que causou impacto às atividades da Ouvidoria, em 2015, foi o aumento no número de manifestações recebidas e tratadas durante o ano. Ao longo de 2015, a Ouvidoria da ANS totalizou a recepção de 8.979 manifestações. Dessas, 8.826 foram pertinentes à ANS e 153 não pertinentes, resultando em uma média de 748 manifestações/mês. Um total de 8.901 demandas foi finalizado dentro do exercício, restando 78, com análise em andamento, para finalização em 2016.

### Histórico das demandas pertinentes à ANS, recepcionadas na Ouvidoria, em 2015.



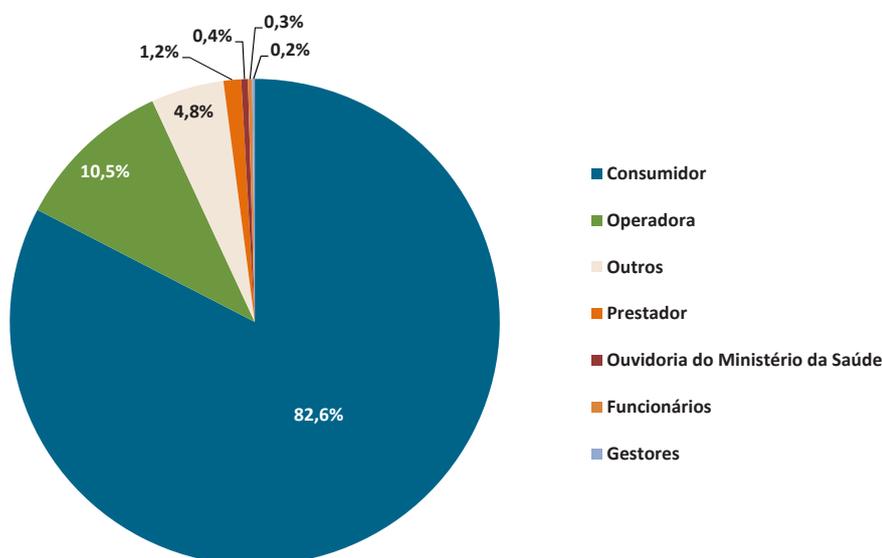
As demandas entrantes pelos canais da Ouvidoria com temática pertinente à ANS são classificadas em Não Própria de Ouvidoria. As Próprias de Ouvidoria, ou seja, são classificadas nessa última categoria apenas as demandas que se relacionam com o desempenho e o processo de trabalho da ANS.

O ano de 2015 apresentou 7.018 demandas Não Própria de Ouvidoria, e 1.808 Próprias de Ouvidoria, sendo 3 (três) de origem interna.

NÃO PROPRIAMENTE DE OUVIDORIA	
Operadoras de planos de saúde	5.314
Prestador de serviço	432
Rol de procedimentos	336
Legislação e Normativos	194
Reajuste	128
Outros temas	614
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>7.018</b>
PRÓPRIA DE OUVIDORIA	
Demora nas respostas	270
Agradecimento	160
Andamento de demanda	119
Portabilidade Extraordinária	112
Reajuste - Plano individual	110
Outros temas	1.037
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>1.808</b>

Os consumidores/beneficiários são os maiores demandantes (N=1.494; 82,6%) seguidos pelas Operadoras em percentual, consideravelmente, menor (N= 190; 10,5%).

### Demandas pertinentes à ANS e próprias de Ouvidoria, segundo tipo de demandante, em 2015



### 6.3 Parceiros da Cidadania

O programa Parceiros da Cidadania, da ANS, tem por finalidade promover a integração entre os trabalhos desenvolvidos pela Agência e os órgãos integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, entidades públicas e sociedade civil, buscando aprimorar as informações e os entendimentos relacionados aos planos de saúde.

Uma das medidas do Programa em 2015, foi a celebração do acordo de cooperação técnica com o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP), que ajudará na solução amigável de conflitos entre consumidores e planos de saúde. A parceria prevê a criação, pelo Tribunal, do Núcleo de Apoio Técnico e Mediação (NAT), que tratará das questões relacionadas ao atendimento e cumprimento das coberturas legais e contratuais. O objetivo da medida é viabilizar o intercâmbio de informações e promover uma atuação integrada das duas instituições, protegendo o consumidor e reduzindo os casos de judicialização na saúde suplementar.

Em setembro de 2015, a ANS e o Ministério Público do Estado de São Paulo (MP-SP) também assinaram Acordo de Cooperação Técnica com a finalidade de ampliar o acesso a informações sobre o setor de planos de saúde aos consumidores e contribuir para o aperfeiçoamento dos instrumentos de monitoramento e regulação do mercado de saúde suplementar. A troca de informações permitirá ainda a qualificação e capacitação do MP-SP com informações técnicas sobre o tema. Com o acordo, as duas instituições comprometem-se a realizar ações conjuntas para disseminar informações à sociedade e a elaborar projetos relacionados à produção científica.

### 6.4 Boletim em parceria com a Secretaria Nacional do Consumidor



Em 2015, foi elaborado plano de trabalho em parceria com a Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON/MJ) para a publicação periódica de boletim informativo eletrônico, sobre temas relacionados ao setor de planos de saúde. O objetivo é ampliar a disseminação de informações entre os órgãos de defesa do consumidor e, dessa forma, contribuir para que toda a sociedade tenha maior acesso aos direitos e deveres do contratante de plano de saúde.

Em janeiro de 2016, o boletim foi lançado com o objetivo de disseminar informações relevantes para o consumidor e, dessa forma, aumentar sua capacidade de escolha e decisão, para garantir que cada vez mais o cidadão conheça seus direitos e faça escolhas bem embasadas. Além disso, a publicação alcança também um público muito importante, composto pelos técnicos dos órgãos de defesa do consumidor. Para esse público, o informativo possibilita a apresentação do direito contextualizado, permitindo que essa informação apoie as atividades de atendimento na ponta.

O boletim ficará disponível nos portais da ANS e da Secretaria Nacional do Consumidor e será enviado para os órgãos que integram o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor. A primeira edição trata da Resolução Normativa da Transparência, a RN nº 389, de 2015, que obriga as operadoras a criarem áreas exclusivas para consumidores e pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde em seus portais na internet, o que será tratado no decorrer deste Relatório.



## 6.5 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 2015 foram:

Nº	Período	Assunto	Norma Decorrente
57	06/05/2015 a 04/06/2015	Dispõe sobre a Agenda Regulatória 2015/17, composta por três eixos temáticos e sete macroprojetos.	Agenda Regulatória definida e publicada.
58	27/05/2015 a 05/07/2015	Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas operadoras no atendimento às solicitações de procedimentos e/ ou serviços de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários de planos privados de assistência à saúde de qualquer modalidade de contratação.	RN nº 395, de 14 de janeiro de 2016.
59	19/06/2015 a 18/08/2015	Atualização da Resolução Normativa que define o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.	RN nº 387, de 29 de outubro de 2015.

## 6.6 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 2015, foi realizada uma audiência pública para discutir a revisão da RN nº 159, de 2007 sobre as aplicações permitidas dos ativos garantidores, realizada em 08/09/2015. A Audiência Pública resultou na RN nº 392, de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências.

## 6.7 Câmaras e Grupos Técnicos

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

Com estrutura e objetivos semelhantes, podem ser criados Grupos Técnicos. Estes realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico e não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica. As conclusões dos debates das Câmaras e Grupos Técnicos são importantes fundamentos para a elaboração da legislação no âmbito da assistência suplementar à saúde. Em 2015, a ANS promoveu as seguintes Câmaras e Grupos Técnicos:

- Câmara Técnica sobre a configuração da infração às normas sobre suspensão e rescisão unilateral de contrato individual. Encerrada- 08/04/2015.
- 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 e identificar e debater questões que necessitam de análise e definição, para a revisão da Resolução Normativa nº 162, de 2007. Em andamento.
- Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde, criada devido as dificuldades que o consumidor enfrenta quando solicita o cancelamento de plano de saúde individual ou familiar ou a exclusão de planos coletivos. Em andamento.
- 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. Em andamento.
- Grupo Técnico de Medicamentos Antineoplásicos Orais, destinado à discussão de inclusões, alterações e exclusões de medicamentos antineoplásicos orais e suas indicações constantes nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos. Em andamento.
- Grupo Técnico FormSUS – Procedimentos – DUT, para discutir inclusões, alterações e exclusões de Procedimentos e Diretrizes de Utilização - DUTs do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Em andamento.
- Grupo Técnico Genética, para discutir inclusões, alterações e exclusões de procedimentos em genética e suas indicações constantes nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Em andamento.
- Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, com o objetivo realizar, no âmbito da ANS, o acompanhamento e o gerenciamento da implementação do conjunto de propostas definidas no Relatório Final do Grupo Técnico Interministerial de OPME. Em andamento.

## 6.8 Participação em Audiências Públicas no Poder Legislativo Federal

Em 2015, a ANS divulgou 54 Boletins Informativos dirigidos ao Congresso Nacional, com temas relevantes às atividades desempenhadas no Setor de Saúde Suplementar.

Participou ainda de Audiências Públicas convocadas pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, conforme relação a seguir:

Câmara dos Deputados			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
CSSF Comissão de Seguridade Social	Requerimentos nº 02 e 17/2015 Deputada Flávia Morais (PTB/BA)	Debater o parto no Brasil com ênfase ao parto normal no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Originária dos Requerimentos n.º 02 e 17 dos Deputados Flávia Moraes, Adelmo Carneiro Leão, Carmen Zanotto, Assis Carvalho, Odorico Monteiro, Misael Varella, Geraldo Resende, Carlos Gomes e Benedita da Silva.	14/04/2015
CPI das Órteses e Próteses	Requerimento nº 60/2015 Deputado André Fufuca (PEN/MA)	Destinada a investigar a cartelização na fixação de preços e distribuição de Órteses e Próteses	23/04/2015
CDC Comissão de Defesa do Consumidor	Requerimento nº 03/2015 Deputado Ivan Valente (PT/SP)	Tratar da atual situação da saúde no país, a partir de um caso concreto, e dos abusos cometidos pelos planos de saúde no país.	27/05/2015
Senado Federal			
Comissão	Parlamentar	Assunto	Data
CE Comissão de Educação	Requerimento nº 47/2015 Senadores Romário (PRB/RJ) e Ana Amélia (PP/RS)	Tema: Discutir “A Educação e a sensibilização da sociedade sobre o dia 10 de maio – Dia internacional de atenção à pessoa com Lúpus - uma doença autoimune que pode matar”.	28/05/2015

## 6.9 Grupos de Trabalho em articulação com o Poder Executivo e Judiciário

### • Articulação com o Ministério da Saúde

CNS e Tripartite – 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. Em 2015, a ANS acompanhou todas as Reuniões Ordinárias do CNS realizadas no ano, bem como as reuniões da CIT, exceto a de 11/06/2015, realizada na cidade de João Pessoa, durante o Congresso Regional do Conasems – Norte/Nordeste.

Comitês e Grupos de Trabalho – Participação nos seguintes fóruns: Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS); Comitê de Implantação/Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP/ PNSP); Grupo de Trabalho de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), instituído pela Portaria Interministerial nº 38, de 8 de janeiro de 2015); Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) – Zika/Microcefalia.

- **Articulação com Agências Reguladoras**

Anvisa – Grupo Técnico de Reprocessamento de Produtos para a Saúde

- **Articulação com o Poder Judiciário**

Conselho Nacional de Justiça (CNJ) – em articulação com o Poder Judiciário, a ANS participa do Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ); e do Comitê Executivo Distrital de Saúde. No ano de 2015, participou de reuniões do Comitê para discussão sobre a Cartilha para implantação dos Núcleos de Apoio Técnico, os NATs, e sobre a II Jornada do Fórum Nacional da Saúde, realizada nos dias 18 e 19 de maio, no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP). A II Jornada de Direito à Saúde integra as ações do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, criado em 2010 pelo CNJ, para o monitoramento e a resolução das demandas de assistência à saúde. O Fórum foi criado como resposta ao elevado número de litígios referentes ao direito à saúde, que geram forte impacto sobre os orçamentos públicos.

Um de seus principais resultados foi a edição da Resolução Normativa da ANS – RN nº 319/2013, que obriga as operadoras de planos de saúde a informarem, por escrito, e em 48 horas, qualquer negativa de cobertura. Além da Jornada, foram realizadas reuniões com o Juiz Auxiliar da Presidência do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para tratar da possibilidade de celebração de Termo de Cooperação Técnica que visa reduzir a litigiosidade e conferir maior celeridade no julgamento das ações judiciais, nas quais figurem como parte empresas atuantes na área de saúde.

- **Eventos de Massa**

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

## 7. FOCO NA GARANTIA DE ACESSO À INFORMAÇÃO

Em 2015, a ANS fez avanços na ampliação do acesso à informação. A transparência ativa norteou os trabalhos da Agência, o que pode ser visto pela divulgação, pela primeira vez, de informações sobre uso e custos de procedimentos realizados por beneficiários de planos de saúde. Definiu também, para as operadoras de planos de saúde, a obrigatoriedade de dispor área exclusiva no portal para acesso a informações individualizadas do beneficiário de plano de saúde e uma área destinada às empresas contratantes de planos coletivos. Por meio de aplicativo desenvolvido para celulares *smartphones e tablets*, facilitou ao consumidor a pesquisa de informações sobre coberturas assistenciais obrigatórias, de acordo com o tipo de plano de saúde contratado, assim como demais informações sobre operadoras. O foco da Agência foi fortalecer a capacidade de escolha dos consumidores, informar direitos e reduzir a assimetria de informação existente no setor.

### 7.1 Ampliação do acesso a informações sobre uso e custos de procedimentos por meio do D-TISS

Em dezembro de 2015, a ANS lançou uma ferramenta que permite, pela primeira vez, a pesquisa sobre procedimentos realizados por beneficiários de planos de saúde. Chamado de D-TISS, o sistema possibilita acesso a dados sobre a quantidade de procedimentos realizados por médicos, laboratórios, clínicas e hospitais conveniados a operadoras de planos de saúde e a visualização dos gastos com despesas assistenciais em todo o país e por estado, por sexo do beneficiário e por porte da operadora. Há, ainda, a possibilidade de obter dados

na forma de mapas. Tudo por meio de um mecanismo amigável de busca por palavra-chave.

A base de dados do aplicativo D-TISS conta também com indicadores internacionais de países que integram a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), formada por mais de 30 nações.

Essa foi a primeira vez que planos de saúde, prestadores de serviços e consumidores têm acesso aos dados epidemiológicos e financeiros de forma detalhada em uma única área. O D-TISS é uma importante ferramenta de acesso à informação e mais um incentivo da ANS em prol da transparência de dados do setor, beneficiando a pesquisa sobre os procedimentos realizados na saúde suplementar.

Em relação à visão financeira, permite o acesso aos valores da despesa mínima, média e máxima dos procedimentos, com a possibilidade de geração de um *box-plot* - gráfico produzido a partir dos dados disponíveis no sistema informação. Os filtros por estado, faixa etária, sexo, porte da operadora e competência também poderão ser utilizados.

Em fase de testes, o D-TISS está sendo disponibilizado em versão *beta* com um conjunto de informações assistenciais e financeiras relativas às operadoras selecionadas, bem como, 57 procedimentos de cobertura obrigatória pelo rol da ANS. Gradativamente, serão incluídos os dados de um número maior de operadoras e de novos procedimentos.



Para a ANS, a apresentação de informações de indicadores nacionais e internacionais relacionados aos procedimentos busca integrar os dados de utilização dos serviços de saúde com uma base técnico-científica que apoie a tomada de decisão de todos os agentes, propiciando uma visão ampla do setor e compartilhamento de conhecimentos sobre a área.

## ALGUMAS VANTAGENS DO USO DO D-TISS PARA:



**Beneficiários:** o consumidor passa a saber quanto custam os procedimentos realizados pelos planos de saúde e quantos prestadores realizam esses procedimentos no seu estado. Se o seu plano for de coparticipação, ele poderá saber se o valor que está pagando está de acordo com a média praticada pelo mercado.



**Operadoras:** as empresas passam a ter a visão geral dos valores cobrados pelo conjunto de prestadores em todo o país e por estado. Também podem visualizar o panorama geral de frequência de realização dos procedimentos e o perfil do consumidor por idade e sexo.



**Prestadores:** profissionais e estabelecimentos de saúde podem verificar quais e quantos procedimentos são realizados na saúde suplementar e a média dos valores pagos pelas operadoras no país e por estado.



**Academia:** pesquisadores passam a ter acesso ampliado a dados do setor para o desenvolvimento de pesquisas sobre frequência de utilização e custos de procedimentos na saúde suplementar em âmbito nacional ou regionalmente.



**Sociedade em geral:** como para todos os demais atores mencionados, a sociedade em geral se beneficia da transparência dada às informações do setor de saúde suplementar. Com informação, o consumidor se empodera e passa a ter subsídios para a tomada de decisões.

O D-TISS já pode ser acessado a partir de duas áreas do Portal da ANS: Espaço da Qualidade e Dados do Setor.

### PROCEDIMENTOS DISPONÍVEIS NO D-TISS

Cesariana
Cesariana com histerectomia
Cintilografia do miocárdio com duplo isótopo (perfusão + viabilidade)
Cintilografia do miocárdio com FDG-18 F, em câmara híbrida
Cintilografia do miocárdio necrose (infarto agudo)
Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse farmacológico
Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico
Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso
Cirurgia esterilizadora masculina
Clearance de creatinina
Clearance de uréia
Creatinina - pesquisa e/ou dosagem
Densitometria óssea - corpo inteiro (avaliação de massa óssea ou de composição corporal)

## PROCEDIMENTOS DISPONÍVEIS NO D-TISS

Densitometria óssea - rotina: coluna e fêmur (ou dois segmentos)
Densitometria óssea (um segmento)
Ecodopplercardiograma com contraste intracavitário
Ecodopplercardiograma com contraste para perfusão miocárdica - em repouso
Ecodopplercardiograma com estresse farmacológico
Ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo em cores - por feto
Ecodopplercardiograma intracardiaco
Ecodopplercardiograma para ajuste de marca-passo
Ecodopplercardiograma sob estresse físico ou farmacológico com contraste
Ecodopplercardiograma transesofágico (inclui transtorácico)
Ecodopplercardiograma transoperatório (transesofágico ou epicárdico) - por hora suplementar
Ecodopplercardiograma transoperatório (transesofágico ou epicárdico) (1ª hora)
Ecodopplercardiograma transtorácico
Esterilização tubária
Holter 7 dias
Holter de 24 horas - 2 ou mais canais - analógico
Holter de 24 horas - 3 canais - digital
Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal
Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal
Mamografia convencional bilateral
Mamografia digital bilateral
Monitor de eventos sintomáticos por 15 a 30 dias (LOOPER)
Monitorização ambulatorial da pressão arterial - MAPA (24 horas)
Monitorização eletrocardiográfica programada com transcrição - não contínua
Parto (via vaginal)
Parto múltiplo (cada um subsequente ao inicial)
PET dedicado oncológico
Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica
Salpingectomia uni ou bilateral
Sangue oculto nas fezes, pesquisa imunológica
Sangue oculto, pesquisa nas fezes
Sistema Holter - 12 horas - 2 ou mais canais
Sistema Holter - 24 horas - 1 canal
TC para PET dedicado oncológico
Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer
Teste do pezinho ampliado (TSH neonatal + 17 OH progesterona + fenilalanina + Tripsina imuno-reativa + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias)
Teste do pezinho básico (TSH neonatal + fenilalanina + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias)
Triglicédeos - pesquisa e/ou dosagem
Uréia - pesquisa e/ou dosagem
US - Ecocardiograma com Doppler convencional - artérias
US - Ecodopplercardiograma com análise do sincronismo cardíaco
US - Ecodopplercardiograma com estresse físico

continua

## PROCEDIMENTOS DISPONÍVEIS NO D-TISS

Vasectomia unilateral

Xeromamografia

### Padrão TISS

A Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS) é o padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos entre prestadores, operadoras e ANS. Com o TISS, é possível padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde. O D-TISS é um desdobramento do Padrão TISS, com informações apresentadas em um formato de fácil acesso e manipulação, disponível para o público em geral.

### 7.2 Área exclusiva no portal das operadoras para acesso a informações



A partir de 2016, todas as operadoras de planos de saúde deverão criar, em seus portais na internet, uma área exclusiva que reunirá informações individualizadas do beneficiário de plano de saúde e uma área destinada às empresas contratantes de planos coletivos.

As informações destinadas aos consumidores contemplam os dados cadastrais do usuário e o histórico completo de utilização do plano, com o registro das consultas, exames e internações realizados. Isso ficará organizado no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), área com acesso restrito, que somente poderá ser visualizada com o uso de *login* e senha. Já as empresas contratantes de plano de saúde passarão a ter acesso a informações antecipadas sobre o cálculo do reajuste a ser aplicado pelas operadoras nos contratos coletivos empresariais e por adesão.

As novas regras estão estabelecidas na Resolução Normativa nº 389, de 2015. Com a medida, a ANS amplia a transparência da informação e garante aos beneficiários de planos de saúde dados relevantes, que possibilitam acompanhar a utilização de procedimentos feitos ao longo de sua permanência na operadora. Já as empresas poderão saber, com no mínimo 30 dias de antecedência, a fórmula do reajuste na mensalidade do plano.

A norma incorpora contribuições feitas pelos diversos segmentos do mercado, amplamente discutidas, e faz parte do esforço da ANS para reduzir a assimetria de informação e assegurar e facilitar o acesso a dados qualificados sobre o setor.

## PARA O CONSUMIDOR

A principal novidade da norma diz respeito ao registro de utilização dos serviços. Será possível ter acesso à relação individualizada dos procedimentos realizados na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora da rede (quando houver cobertura para reembolso). Deve constar a data de realização do procedimento, dados de identificação do prestador e valor global das despesas, que virão categorizadas segundo a natureza do procedimento: consultas, exames, terapias e internações. Essas informações devem ser disponibilizadas semestralmente. Todo o histórico da utilização dos serviços será mantida durante a vigência do contrato. As operadoras terão até o último dia útil do mês de agosto de 2016, para apresentar o primeiro informativo contendo os registros sobre utilização dos serviços.

A relação mínima de dados cadastrais do beneficiário, estabelecida pela RN nº 360, de 2014, também traz mudanças, já que foi ampliada e passará a conter 22 itens obrigatórios, dentre os quais o número do contrato, a data de contratação do plano e o prazo máximo previsto para carências, além dos demais dados de identificação do consumidor, da operadora e características do plano (tipo de contratação, segmentação, abrangência, entre outros). Essas informações estarão disponíveis para os beneficiários a partir do dia 1º de janeiro de 2016.

### Área do Beneficiário

(Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS)



#### O que é:

Espaço exclusivo no portal das operadoras com informações para todos os beneficiários de planos de saúde. O acesso será restrito ao beneficiário, titular ou dependente, e os dados só poderão ser visualizados com o uso de **login** e **senha**.



#### O que deve conter:

**Informações cadastrais:** Relação mínima de dados do beneficiário, do plano contratado e da operadora, como nome, data de nascimento, número do contrato, data de contratação do plano e prazo máximo previsto para carências.

**Informações sobre utilização do plano:** Histórico de todos os procedimentos – consultas, exames, terapias e internações – realizados pelo beneficiário na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora da rede (quando houver cobertura para reembolso), com data de realização e valor correspondente.



#### Quando entra em vigor:

As informações cadastrais serão disponibilizadas a partir do dia **1º de janeiro de 2016**. O primeiro extrato sobre utilização do plano será fornecido ao beneficiário até o **último dia útil de agosto de 2016** e será atualizado semestralmente, em agosto e fevereiro.

## PARA AS EMPRESAS CONTRATANTES DE PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS – EMPRESARIAIS E POR ADESÃO

As empresas contratantes de planos de saúde coletivos – empresariais e por adesão - terão acesso ao cálculo do percentual de reajuste aplicado nessas modalidades de contratação. A partir de 1º de agosto de 2016, a operadora deverá disponibilizar um extrato detalhado com os itens considerados na operação. Isso deve ser feito com antecedência mínima de 30 dias da data prevista para aplicação do reajuste. Entre os itens que devem ser mostrados estão: o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e variáveis utilizados no cálculo; a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual e o período a que se refere; e o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas sobre o extrato.

Os beneficiários também poderão ter acesso ao extrato. Para isso, devem solicitar formalmente à operadora ou à administradora de benefícios, que terão prazo máximo de 10 dias para atender ao pedido.

Área da  
Pessoa Jurídica  
Contratante



### O que é:

Espaço exclusivo para empresas contendo um extrato detalhado do **cálculo do percentual de reajuste** aplicado aos planos coletivos empresariais e por adesão.



### O que deve conter:

Critério técnico adotado para o reajuste do plano e definição dos parâmetros e variáveis utilizados no cálculo

Demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual e o período a que se refere

Canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas sobre o extrato.



### Quando entra em vigor:

A partir de **1º de agosto de 2016**, com pelo menos 30 dias de antecedência da data prevista para aplicação do reajuste.

### Proteção e Sigilo

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

A norma também prevê a possibilidade de disponibilização das informações por meio de aplicativos de computadores, *tablets* e celulares, para ampliar e facilitar o acesso. As operadoras são responsáveis por manter protegidas as informações quando acompanhadas de dados que possibilitem sua identificação e não podem divulgar ou fornecer a terceiros não autorizados.

As operadoras que não disponibilizarem as duas áreas em seu portal na internet ou se negarem a fornecer dados previstos na normativa estão sujeitas a advertência e multa de R\$ 25 mil, de acordo com o Artigo 74 da RN nº 124, de 2006.

### 7.3 Aplicativo para consumidor com dados de planos de saúde

A ANS lançou, em novembro de 2015, um aplicativo desenvolvido para celulares *smartphones* e *tablets* que permite ao consumidor pesquisar informações sobre coberturas assistenciais obrigatórias, de acordo com o tipo de plano de saúde contratado; consultar os dados cadastrais de operadoras, como saber se a empresa está ativa e o total de beneficiários; e verificar os reajustes de planos de saúde individuais e familiares autorizados por ano desde 2000. A intenção é, cada vez mais, melhorar o acesso a dados sobre planos de saúde e ampliar os canais de comunicação com a Agência.

O objetivo é fortalecer a capacidade de escolha dos consumidores, pois permite acesso a diversas informações de forma fácil e ágil, como por exemplo, se um procedimento prescrito está ou não no rol mínimo de procedimentos obrigatórios. O programa pode ser baixado pelo *Google Play Store* e está disponível para todos os cidadãos que usam aparelhos *smartphones* ou *tablets* com sistema operacional *Android*.

No aplicativo, após a tela inicial, o beneficiário encontrará uma área onde poderá pesquisar itens cobertos pelo plano de saúde, de acordo com o tipo de plano contratado. Nesta etapa, o consumidor selecionará o tipo de plano, de acordo com as seguintes opções: consultas e exames, internação, parto e odontologia. Depois de assinalar uma ou mais opções, o aplicativo identifica a segmentação contratada, como, por exemplo, se a cobertura é somente ambulatorial ou somente hospitalar; ou se é um plano que cobre ambulatorio e rede hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica; ou, ainda, se há serviços odontológicos incluídos.



Com a identificação da segmentação do plano de saúde, o aplicativo abrirá uma tela que permite realizar consulta por procedimento. Basta inserir o nome do tipo de exame, de consulta, procedimento ou de um medicamento oral para tratamento de câncer para identificar se existe cobertura pelo plano de saúde ou não. Na próxima etapa da pesquisa, o aplicativo trará informações mais detalhadas sobre o procedimento escolhido, incluindo as regras de utilização previstas no rol estabelecido pela ANS, o que permite que o consumidor identifique se há cobertura obrigatória para a indicação especificada para ele.

Atualmente, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS tem 3.195 itens que podem ser pesquisados. A partir de janeiro de 2016 foram incluídos mais 21 novos procedimentos, ampliando para 3.216 a lista que pode ser acessada pelo consumidor por meio do aplicativo. As informações também estão disponíveis no portal [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

Com relação aos dados cadastrais, basta marcar “Consultar operadoras” no início do programa e, na sequência, informar o nome do plano de saúde ou o número de registro na ANS. Nessa área, podem ser conferidas informações como o CNPJ e porte da empresa, bem como se o plano de saúde está ativo no mercado e a quantidade de beneficiários.

Além disso, pelo aplicativo o consumidor tem acesso às informações sobre os reajustes anuais de planos individuais e familiares autorizados pela Agência, por operadora, desde o ano 2000. Para isso, basta marcar a opção “Consultar reajustes” no início na tela inicial que o aplicativo logo dará a opção de pesquisa das informações por ano.

A ferramenta traz, ainda, os canais de comunicação com a Agência - por meio de um ícone na tela, o consumidor terá acesso direto aos contatos de atendimento, como o Disque ANS - 0800 701 9656. No final da consulta sobre cobertura assistencial, caso ainda tenha alguma dúvida, o consumidor também pode acessar, por meio de *link* direto, a Central de Atendimento no site da ANS e ver as perguntas frequentes, cadastrar seu pedido de informação ou registrar reclamação.

#### 7.4 Campanha reforça consumo consciente e acesso de idosos aos planos de saúde

Em 2015, a ANS repetiu a veiculação das duas campanhas publicitárias de utilidade pública, produzidas e disseminadas em 2014 - o consumo consciente e o acesso de idosos aos planos de saúde.

A estratégia teve como objetivos: aproveitar o conceito das campanhas e o material produzido para reforçar estas mensagens e focar a maior parte da verba de publicidade de 2015 na veiculação em âmbito nacional dos comerciais de televisão. Dessa forma, foi possível investir a maior parte da verba, exclusivamente, em mídia.

As peças produzidas foram veiculadas em todo o Brasil por meio das emissoras de televisão abertas, fechadas e segmentadas, em TVs de ônibus e de metrô, além dos canais de comunicação da Agência no *YouTube*, *Facebook*, *Twitter* e no portal da ANS.

## CONSUMO CONSCIENTE - COMERCIAL

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

A noiva que escolhe para casar um rapaz que acabara de conhecer ilustra a campanha e reforça a importância da informação para fundamentar decisões importantes, que não devem ser tomadas por impulso. A contratação

do plano mais adequado para o consumidor e sua família é uma delas e não deve ser feita sem a avaliação adequada das necessidades e das opções disponíveis no mercado.



## ORIENTAÇÃO PARA IDOSOS – COMERCIAL

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



## 7.5 Cartilha com orientações para aposentados e demitidos



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

A cartilha esclarece as regras sobre o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e para aposentados. Informa, por exemplo, que para ter esse direito, o ex-empregado deve ter contribuído com desconto mensal para o pagamento do plano de saúde e o contrato com a operadora deve ser posterior a 2 de janeiro de 1999.



O beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial demitido ou exonerado sem justa causa ou que decidiu se aposentar **TEM DIREITO** a manter o plano de saúde oferecido pela empresa se contribuiu mensalmente para o pagamento do plano de saúde contratado a partir de 1999.



O beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial demitido ou exonerado sem justa causa ou que decidiu se aposentar **NÃO TEM DIREITO** ao plano de saúde se o empregador paga integralmente o seu plano de saúde e o beneficiário só assume o pagamento do plano de seus dependentes e/ou o pagamento de coparticipação ou franquia quando utiliza os serviços (consultas, exames, cirurgias).

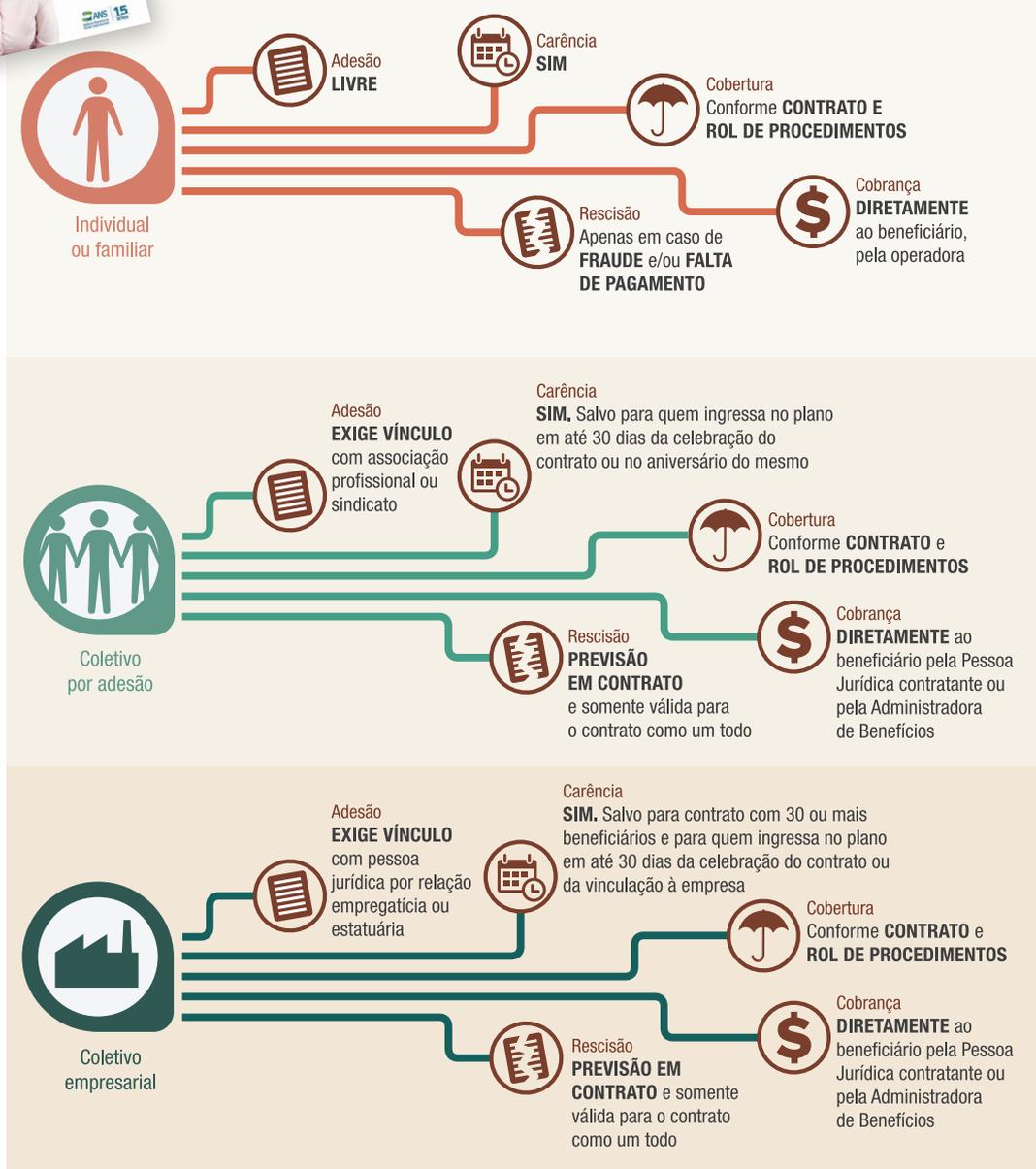
A iniciativa busca que o consumidor conheça seus direitos e saiba, por exemplo, quais são as condições para manutenção do plano quando deixar de trabalhar. A publicação está disponível no portal da ANS na área de Publicações.

## 7.6 Cartilha Plano de Saúde: Informações importantes para escolher o melhor plano de saúde para você e sua família

Em 2015, a ANS publicou nova cartilha sobre contratação de planos, com as informações mais importantes para uma melhor escolha dos consumidores. A publicação está disponível no portal da ANS na área de Publicações.



### PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS POR TIPO DE PLANO



A cartilha apresenta os conceitos que devem orientar o consumidor que busca contratar ou aderir a um contrato de plano de saúde como:

- Os tipos de contratação de planos de saúde (individuais ou familiares, coletivos empresariais e coletivos por adesão), esclarecendo as diferenças entre eles;
- A área geográfica de abrangência e a área de atuação do plano de saúde;
- A segmentação assistencial dos planos de saúde, que designam os tipos de cobertura que um plano pode oferecer;
- Os serviços e coberturas adicionais;
- Os prazos de carência permitidos por lei;
- A existência de regras específicas para a utilização dos serviços, como por exemplo, a autorização prévia de procedimentos;
- Os locais de atendimento, que integram a rede de prestadores do plano;
- O padrão de acomodação em internação, e
- O preço e as regras de reajuste para os planos individuais ou familiares e coletivos com mais ou menos de 30 vidas.

O material traz um infográfico que mostra quais as principais características dos planos de saúde individual/familiar, coletivos por adesão e coletivos empresariais quanto ao tipo de adesão, carência, rescisão, cobertura e cobrança. Dessa forma, o consumidor consegue visualizar facilmente as diferenças entre cada modalidade. Informa ainda sobre onde o consumidor pode contratar um plano de saúde, os principais cuidados que devem ser observados no preenchimento da proposta de adesão, além de indicar que pode ser realizada a troca de plano sem carência e que o ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado deve verificar a possibilidade de manter o plano de saúde do ex-empregador, antes de contratar um plano individual.

## 7.7 Cartilha de Contratualização – Glosa, para operadoras e prestadores de serviços de saúde



Visando tornar mais transparente o contrato entre as duas partes, a ANS publicou a Cartilha de Contratualização - Glosa. Entre as orientações, a cartilha explica que não é permitido estabelecer, no contrato, regras que impeçam o prestador de contestar e de ter acesso às justificativas das glosas.

Nesta relação, entre operadoras e prestadores, podem ocorrer casos onde o plano de saúde suspende o pagamento de serviços contratados, tais como: consultas, atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas por hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros profissionais ou serviços de saúde conveniados. Quando isso acontece, é conhecido como glosa na saúde suplementar e os contratos celebrados devem prever

os casos de glosa, prazos para a contestação e o tempo de resposta da operadora. A publicação está disponível no portal da ANS na área de Publicações.

## 7.8 Reformulação do Caderno de Informação da Saúde Suplementar



O Caderno de Informação da Saúde Suplementar é publicado desde março de 2004, tem periodicidade trimestral e o objetivo de divulgar informações sobre o setor de planos privados de assistência à saúde. Destina-se ao público em geral, aos consumidores, aos gestores públicos e privados de Saúde e aos segmentos interessados no estudo, pesquisa e análise das informações da saúde suplementar no país.

Em 2015, o conteúdo foi revisto, excluindo-se tabelas com muitos cruzamentos (pouco utilizadas neste tipo de veículo) e incluindo-se demandas dos consumidores, de fiscalização e análises, além de privilegiar a exibição em gráficos e mapas. Muitas informações foram incorporadas da publicação Foco Saúde Suplementar, com aspectos macroeconômicos e índices de preços selecionados, criada em março de 2012, que foi descontinuada. A apresentação visual também foi modernizada. O caderno está disponível no portal da ANS na área de Publicações.

## 7.9 Inclusão de novas consultas no ANS Tabnet

O ANS Tabnet é uma ferramenta disponível no portal da ANS, que permite a realização de diversos tipos de consultas sobre beneficiários, operadoras, planos privados de saúde, ressarcimento ao SUS e demandas dos consumidores, por meio do acesso a diversos sistemas de informações da ANS. Estão disponíveis para consultas os dados a partir de março de 2000, em intervalos de atualização trimestral (março, junho, setembro e dezembro), com exceção dos dados sobre mortalidade que têm periodicidade anual com dados a partir de 2004. Além da atualização trimestral regular, foram criadas novas consultas (reclamações e informações) e incluídas novas informações de receitas e despesas.

**ANS TABNET** Informações em Saúde Suplementar

**Início** **Consultas** **Ajuda**

Beneficiários
Operadoras
Planos
Ressarcimento ao Sus
Demandas dos consumidores e fiscalização
População residente

**Regiões Metropolitanas (RM) e Capitais**

Linha Competência Sexo Faixa etária Faixa etária-Reajuste	Coluna Não ativa Competência Sexo Faixa etária	Conteúdo Assistência Médica Excl. Odontológico
---	--	--

**Períodos Disponíveis**

Set/2015
Jun/2015
Mar/2015
Dez/2014

**Seleções Disponíveis**

/ [Principal](#) / [Perfil do Setor](#) / [Dados e Indicadores do setor](#) / [Baixar base de dados](#)

- Dados e Indicadores do setor**
- Demonstrações Contábeis
- Baixar base de dados
- D-TISS - Painel Gerencial de Procedimentos
- Dados Gerais**
- Normas mais acessadas

### Baixar base de dados

Os arquivos aqui disponibilizados se encontram no formato .dbc. Para sua utilização, é necessário ter instalado o programa TabWin.

[Clique aqui para baixar o TabWin.](#)

### Baixar arquivos

Clique sobre a opção desejada para baixar os arquivos:

[Documentação \(.zip\) \(atualizado em 20/12/2013\)](#)

[Arquivos auxiliares de tabulação \(.zip\) \(atualizado em 19/10/2015\)](#)

[Consultas](#)

As bases de dados consultadas via ANS Tabnet podem ser utilizadas também pelos usuários por meio de consulta de microdados, para que possam trabalhar localmente no aplicativo que julgarem mais adequado. O ANS Tabnet e os respectivos microdados estão disponíveis no portal da ANS na área de Dados e Indicadores do Setor.

## 7.10 Dados Consolidados da Saúde Suplementar

Esta é uma nova publicação em formato de apresentação em slides que tem por finalidade, além de divulgar os dados, facilitar os usuários internos e externos na composição de apresentações que contenham dados da ANS. Os dados estão disponíveis no portal da ANS na área de Dados e Indicadores do Setor.



## 7.11 Dados Integrados da Qualidade Setorial



O objetivo dessa ferramenta é disponibilizar informações que permitam ao consumidor comparar operadoras e tomar as melhores decisões para escolha de seu plano de saúde.

Com o intuito de tornar os indicadores de qualidade do setor mais acessíveis e objetivos à sociedade, foi elaborado o painel de análise integrada dos dados de qualidade da saúde suplementar, que reúne informações sobre beneficiários, prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde. Neste painel podem ser visualizados, juntamente com o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), o percentual de

beneficiários atendidos por prestadores acreditados, o índice de adimplência com o ressarcimento ao SUS, a participação no Programa de Conformidade Regulatória e o percentual de oferta de planos individuais e coletivos por operadora. As informações estão disponíveis em dois formatos: uma lista com os dados de todas as operadoras e uma planilha que permite a pesquisa por operadora.

A primeira versão dos Dados Integrados foi divulgada em novembro de 2014 e a segunda em maio de 2015. Nesta última versão, foi introduzido um conjunto de informações referente ao perfil da oferta de produtos em comercialização, sinistralidade e tíquete médio por forma de contratação, além da quantidade de ciclos com planos suspensos, situação no Programa de Conformidade Regulatória e a adimplência no ressarcimento ao SUS. As informações estão disponíveis em dois formatos: uma lista com os dados de todas as operadoras e uma planilha que permite a pesquisa por operadora. O painel dos Dados Integrados encontra-se no Espaço da Qualidade, no portal da ANS.

## 7.12 ANS nas mídias sociais

A presença da ANS nas redes sociais teve importante incremento no ano de 2015: o número de fãs e seguidores da página institucional no *Facebook* triplicou e o número de seguidores da Agência no *Twitter* dobrou, o que significou um importante avanço no aprimoramento dos mecanismos de relacionamento da Agência com seus públicos por meio das páginas e perfis mantidos no *Facebook*, *Twitter*, *YouTube* e *Slideshare*.

A participação estratégica nas redes sociais possibilita a interação com o cidadão e a divulgação de informações institucionais úteis, relevantes e acessíveis sempre que necessário. Além disso, favorece a inovação nos 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.

[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

[www.facebook.com/ans.reguladora](http://www.facebook.com/ans.reguladora)

[www.twitter.com/ans\\_reguladora](http://www.twitter.com/ans_reguladora)

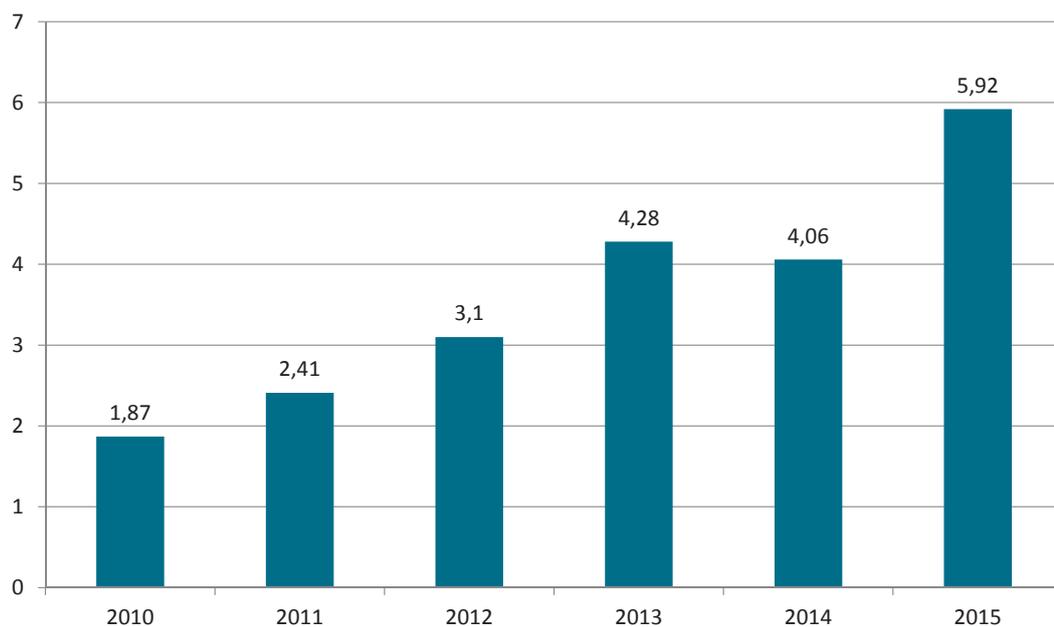
[www.youtube.com/ansreguladora](http://www.youtube.com/ansreguladora)

[www.slideshare.net/ans\\_reguladora](http://www.slideshare.net/ans_reguladora)

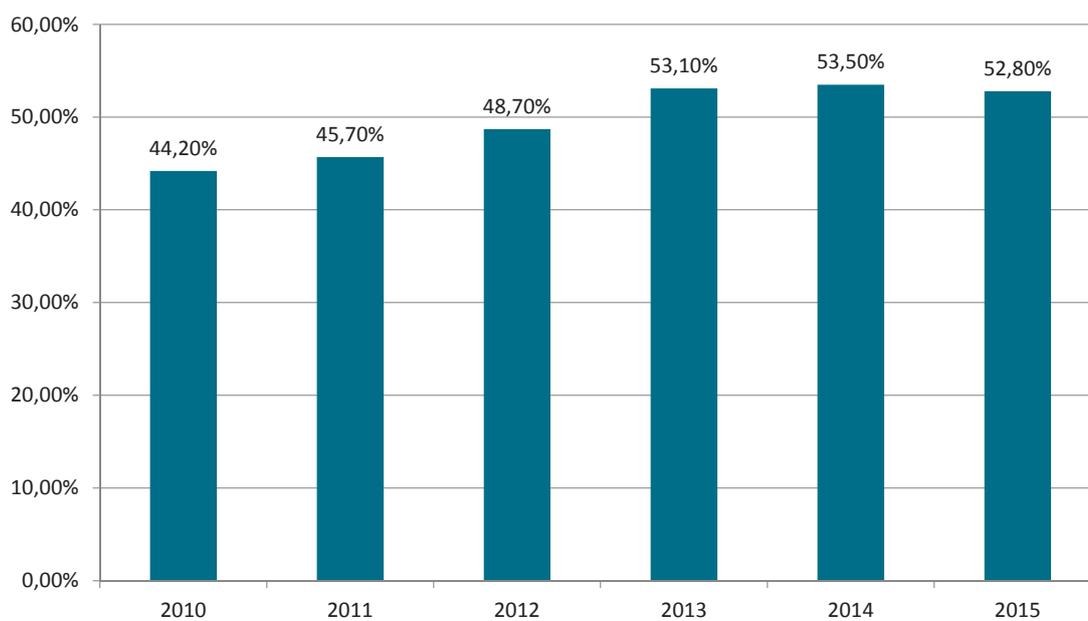
## 7.13 Portal da ANS na internet

Em 2015, cresceu em quase dois milhões o número de acessos ao portal da ANS na internet. Do total de acessos, 52,8% partiu de novos visitantes, proporção semelhante à do ano anterior. As visitas ao portal por meio de dispositivos móveis dispararam, de 377 mil em 2014 para 1,2 milhão em 2015. Em 2014, foi feita a adaptação do portal para dispositivos móveis, tornando-o responsivo. A resposta à adaptação foi significativa.

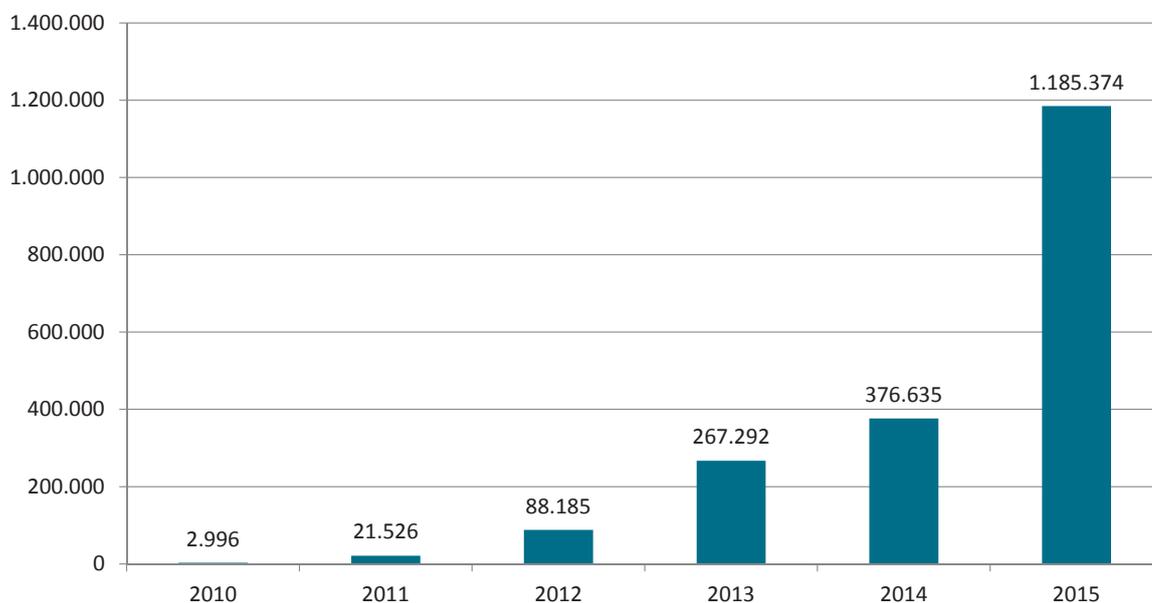
## Número de visitas ao portal da ANS (2010-2015), em milhões



## Proporção de novos visitantes (2010-2015)



## Visitas por meio de dispositivos móveis (2010-2015)



### 7.14 Lei de Acesso à Informação

A Lei nº 12.527, de 2011, Lei de Acesso à Informação (LAI), regulamentou o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações e abrange os três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Lei garante a democratização do acesso à informação e a 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.

O Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-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.

De 2012 a 2015, a ANS recebeu 2.669 demandas por meio do SIC, o que a posiciona entre as cinco agências reguladoras federais com maior número de demandas.

## Demandas por Agência Reguladora (2012 a 2015)

	2012	2013	2014	2015	Total
ANEEL	435	849	6.800	7.222	<b>15.306</b>
ANATEL	939	1.535	2.786	1.315	<b>6.575</b>
ANVISA	296	698	1.492	1.189	<b>3.675</b>
ANTAQ	327	981	1.071	1.302	<b>3.681</b>
ANS	516	987	739	427	<b>2.669</b>
ANAC	313	609	592	552	<b>2.066</b>
ANP	268	494	540	431	<b>1.733</b>
ANTT	335	578	433	429	<b>1.775</b>
ANA	127	269	190	323	<b>909</b>
ANCINE	204	186	181	166	<b>737</b>

Em 2015, houve redução no número total de demandas recebidas pela ANS, em relação ao ano de 2014, que já havia apresentado redução em relação às demandas recebidas em 2013. Tal tendência poderia ser atribuída à melhoria da transparência ativa da Agência, bem como, possivelmente, devido ao melhor acesso do consumidor aos canais de atendimento da Agência. Houve redução também na média mensal de demandas recebidas pela ANS em 2015.

Houve ligeiro aumento do número de recursos relativos aos pedidos direcionados à ANS em 2015, em relação ao número de recursos recebidos em 2014.

## Evolução anual do número de recursos

	2012	2013	2014	2015
Chefe hierárquico	13	59	32	34
Autoridade máxima	0	12	4	5
CGU	0	7	1	4
CMRI	0	3	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>81</b>	<b>37</b>	<b>44</b>

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

### 7.15 Projeto Registro Eletrônico de Saúde (RES)

A ANS adotou o projeto do Registro Eletrônico de Saúde Nacional gerido pelo Ministério da Saúde. A principal característica do RES é agregar as informações essenciais de saúde do indivíduo. Está em andamento a constituição de uma base de dados que tem como unidade o indivíduo usuário de plano privado de saúde, formada a partir dos lançamentos encaminhados pelas operadoras à ANS, que será agregada ao Portal do Cidadão para verificação individual dos procedimentos realizados – hoje o Portal inclui apenas a produção realizada no âmbito do SUS. Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

A seguir alguns dos destaques da gestão interna da Agência, ressaltando que estes não esgotam as iniciativas e atividades desenvolvidas internamente, tendo em vista que, como já mencionado anteriormente, aspectos relacionados à estrutura, logística, recursos humanos, orçamento, contrato de gestão, indicadores de desempenho e demais parâmetros de gestão já são tradicionalmente temas do Relatório de Gestão, concluído ao final de cada ano, apresentado ao Tribunal de Contas da União (TCU) e, após aprovação, publicado no portal da ANS na internet.



# III - DESTAQUES DA GESTÃO INSTITUCIONAL

No âmbito da gestão interna, a ANS continuou o trabalho de implementação da Política de Gestão de Riscos, das ferramentas de Governança Regulatória e de planejamento estratégico participativo. Deu um passo largo em direção à maior eficiência e celeridade com o início da implementação do processo administrativo digital por meio do Sistema Eletrônico de Informação (SEI), lançou nova plataforma para sua Biblioteca digital e manteve as oportunidades de discussão interna em seu Espaço Aberto.

## 1. POLÍTICA DE GESTÃO DE RISCOS

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

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

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

No mesmo ano, foi realizado o I Seminário de Gestão de Riscos da ANS e publicada Cartilha para divulgação da Política, apresentando os princípios, diretrizes, definições e estrutura da Gestão de Riscos. Também foi realizada capacitação dos gestores em curso ministrado por instrutora do TCU sobre Gestão de Riscos, entre outubro de 2014 a janeiro de 2015, sendo quatro turmas com aproximadamente 100 gestores e servidores.

Em janeiro de 2015, a Resolução Administrativa nº 60 entrou em vigor. Foram designados os membros do Comitê de Avaliação de Riscos – COMARI –, composto pelos Diretores-Adjuntos e chefes dos Órgãos Vinculados (Auditoria, Corregedoria, Procuradoria, Ouvidoria), e definidos os servidores que atuarão como Agentes de Riscos (facilitadores do Processo de Gestão de Riscos), sendo um para cada uma das cinco Diretorias, seis dos Órgãos Vinculados e 12 Núcleos, no total de 23 integrantes.

Em 2015, foi conduzida uma iniciativa na Coordenadoria de Recursos da Diretoria Colegiada – COREC, com o intuito de avaliar a melhor forma de atuação na avaliação de riscos e definir um processo de trabalho a ser adotado, considerando a cultura, particularidades e nível de maturidade no tema.

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

Os próximos passos, para 2016 são: i) definição e priorização pelos membros do COMARI dos seus respectivos

processos de trabalho que terão os riscos avaliados, compondo o Plano de Gestão de Riscos; ii) início dos trabalhos em campo, com o apoio dos Agentes de Riscos e da COARI, de acordo com o Plano de Gestão de Riscos; iii) geração dos primeiros relatórios com o resultado apurado; iv) preparação e atualização do mapa de riscos da Agência e do controle de implantação dos planos de tratamento acordados; e v) teste de eficácia dos controles propostos, via Auditoria.

## 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 ano de 2015, em continuidade ao processo de implantação da Melhoria da Qualidade Regulatória na ANS, foram realizadas ações de divulgação das diretrizes contidas no Guia de Boas Práticas Regulatórias elaborado, em 2014 e capacitação em Análise de Impacto Regulatório para os servidores, bem como o acompanhamento de indicadores do Contrato de Gestão relacionados à qualidade regulatória.

Publicado o Manual Prático, contendo o roteiro e formulários facilitadores da sistematização do processo regulatório baseado em boas práticas. Na intranet corporativa foi criada a Comunidade Boas Práticas Regulatórias, para participação interativa dos servidores da Agência.

## 3. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO

Ao longo de 2015, foi realizado o desdobramento do Planejamento Estratégico Participativo (etapa de *Delineamento e Desenho*) para as diferentes unidades, tomando-se por unidade de análise as Gerências-Gerais, quando presentes no regimento interno da área. Essa unidade foi escolhida por representar importante instância integradora das diretorias. Quando não existente, foram utilizadas as unidades equivalentes a Gerência ou Coordenadoria.

Em 2015, foram realizadas oficinas com 21 áreas, num total de 45 oficinas e cerca de 180 horas de trabalho, com alcance de mais de 300 gestores, servidores e colaboradores. Considerando os diversos momentos do processo de Planejamento Participativo, desde 2014, o alcance chega a 434 gestores, servidores e colaboradores, com um total de 320 horas de trabalho e realização de 60 oficinas de trabalho.

As seguintes ferramentas foram desenvolvidas junto às áreas técnicas: i) Formulação do objetivo geral da área - formulação combinada de missão e visão; ii) Análise do contexto – mudanças em relação às operações da área e principais marcos de resultados, envolvendo as competências/estrutura/recursos/processos; iii) Construção do Mapa do Relacionamento - estabelecimento da relação entre os serviços da carta de serviços interna e externa com a visão macro dos processos; iv) Construção do Mapa Estratégico - objetivos relacionados aos resultados; serviços e produtos; processos internos críticos e estrutura/recursos; e, v) Construção de Painel de Bordo, com objetivos, metas e iniciativas.

## 4. INOVAÇÃO INSTITUCIONAL - PROCESSO ADMINISTRATIVO DIGITAL



Em dezembro de 2015, a ANS assinou o Acordo de Cooperação Técnica com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) para a implantação do processo administrativo em meio digital, utilizando o Sistema Eletrônico de Informações (SEI). Com isso, a ANS passa a aderir ao Processo Eletrônico Nacional (PEN).

O PEN é uma iniciativa conjunta de órgãos e entidades de diversas esferas do governo para a construção de uma infraestrutura pública de processo administrativo eletrônico. Com o acordo, a ANS passa a ter o direito de uso, de forma gratuita, do software SEI, uma plataforma desenvolvida pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região (Rio Grande do Sul) para criar, elaborar, tramitar e gerir processos e documentos eletronicamente, com atualização e comunicação de novos eventos em tempo real.

A Agência estabeleceu o Comitê Gestor do SEI, com o objetivo de planejar e executar ações para a implementação do sistema no âmbito da ANS. O SEI é uma importante ferramenta que permitirá introduzir inovações na forma de atuação interna da Agência, com sustentabilidade e ampla possibilidade de reflexos na sua interface externa e qualificação institucional, gerando mais eficiência. É um passo visando, no futuro, uma agência realmente eletrônica. Para a ANS é, sem dúvida, uma das maiores iniciativas já tomadas desde a sua criação, tanto para os processos internos de trabalho como para, principalmente, conferir agilidade nas respostas à sociedade sobre processos e demais questionamentos.

Conforme determinado pelo Decreto nº 8.539, de 2015, da Presidência da República, em todos os órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, o processo administrativo eletrônico deverá estar implementado até outubro de 2017. Esse é o prazo para que todos os processos administrativos da ANS sejam criados, editados e tramitados de forma virtual.

Mais de 100 órgãos da Administração Pública já aderiram ao SEI com o objetivo de ganhar agilidade, produtividade, transparência, sustentabilidade e reduzir custos, substituindo o uso das folhas de papel pela versão eletrônica, a exemplo do que já é realidade em diversos órgãos do Judiciário e do Executivo

## 5. NOVA BIBLIOTECA VIRTUAL DA ANS

Ao longo dos anos, a ANS tem reunido em seu portal e em acervo físico, livros, periódicos, folhetos, relatórios, trabalhos acadêmicos, conteúdos científicos, entre outros materiais sobre Saúde Suplementar e vários temas, que, até hoje, somam cerca de quatro mil publicações de diversos formatos. No seu 15º aniversário, a Agência trouxe para os servidores, os colaboradores, a comunidade acadêmica e a sociedade em geral uma nova biblioteca virtual.

Este formato inovador de biblioteca permite o gerenciamento de dados com integração entre catalogação, empréstimo e pesquisa de publicações. O software, possui interface amigável e intuitiva, facilitará a geração de filtros e relatórios. Outro ponto forte desse sistema é a reciprocidade no acesso às informações. Ao mesmo tempo em que a ANS disponibilizará seu material para consulta, outros materiais de diversas instituições que participam dessa rede também poderão ser consultados pelo público da Agência. São mais de 600 instituições, dentre universidades, empresas e órgãos públicos, no Brasil e no exterior, tais como: FGV, Banco Central, ANVISA, Biblioteca Nacional, entre outras. Também será possível, por meio do sistema, o empréstimo de livros e conteúdos físicos.

## 6. UM ESPAÇO ABERTO PARA A INTERAÇÃO E O CONHECIMENTO

O Espaço Aberto é realizado desde junho de 2006. Seus encontros começaram restritos a uma gerência, que convidava técnicos da Agência para explicar processos de trabalho, sistemas de informação e normas recém-publicadas. Posteriormente, estendeu-se para uma diretoria e, como a participação de técnicos das demais diretorias começou a ser muito frequente, foi aberta para participação para toda a Agência.

As reuniões são periódicas, com duração de até 60 minutos, e se caracterizam pela pluralidade de temas abordados e pelo desejo de compartilhar experiências, expertises, práticas e visões uns com os outros. Tem como características a participação ativa dos servidores, a flexibilidade nos assuntos abordados e a colaboração mútua entre os envolvidos, e tem se revelado propício para o aprimoramento das equipes e para a aproximação das pessoas. De 2009 (quando o número de participantes começou a ser registrado) até 2015, o Espaço Aberto contou com 4.562 participações.

### Encontros Espaço Aberto (2006-2015)

Ano	Encontros	Participações
2015	23	805
2014	26	845
2013	23	894
2012	3	100
2011	16	445
2010	20	652
2009	29	821
2008	34	Não eram registradas
2007	29	Não eram registradas
2006	14	Não eram registradas

## 7. PLANO DE GESTÃO DE LOGÍSTICA SUSTENTÁVEL DA ANS



O Projeto Esplanada Sustentável (PES) tem por objetivo principal incentivar órgãos e instituições públicas federais a adotarem um modelo de gestão organizacional e de processos estruturados na implementação de ações voltadas ao uso racional de recursos naturais, promovendo a sustentabilidade ambiental e socioeconômica na Administração Pública Federal.

Em consonância com a adesão ao PES pelo Ministério da Saúde, a ANS tem buscado atender as suas diretrizes. O PES se propõe a catalisar no governo federal ações racionais e eficientes nos gastos na agenda central do governo e propor mudanças de hábitos e atitudes dos servidores públicos com a adoção de novas práticas, contando principalmente com a sensibilização e engajamento de servidores e gestores públicos. A governança do projeto é dos Ministérios do Planejamento, Meio Ambiente, Minas e Energia, Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

A Comissão Gestora do Plano de Gestão de Logística Sustentável da ANS foi criada em 2012. A sustentabilidade passou a fazer parte do Contrato de Gestão 2015-2017 firmado entre a ANS e o Ministério da Saúde, por meio do indicador “Implantação da gestão socioambiental sustentável das atividades administrativas e operacionais” que mede a evolução do projeto intermediário de gestão socioambiental.

Como iniciativas, estão: Implantar Programa de Educação Ambiental na ANS, de forma que seus servidores e colaboradores adotem práticas ambientalmente sustentáveis no ambiente de trabalho; Implantar ações que promovam o uso racional dos recursos naturais e dos bens públicos. O benefício da ação traz como perspectivas o desenvolvimento socioambiental; aquisições de produtos que causem menos impactos ao meio ambiente em seu processo de fabricação; e melhoria da qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Entre as ações desenvolvidas em 2015, destaca-se as relacionadas às compras sustentáveis, as quais dependem das especificações dos termos de referência produzidos pelos profissionais da ANS de modo a determinar as condições das contratações. Houve divulgação na intranet da ANS, para orientação quanto a Licitações Sustentáveis, com elaboração de Orientações para elaboração de Termos de Referência Sustentáveis”, bem como, modelos de editais e guia prático.

Ênfase foi dada nas “Boas Práticas de Impressão”, que engloba uma série de ações e propostas para promover o uso consciente dos recursos de impressão (colorida e em preto e branco, copiadoras e scanners). O projeto visa sustentabilidade ambiental e economicidade dos recursos públicos, a partir de mudanças como: padronizar a impressão econômica em qualidade rascunho e substituir gradativamente o uso de documento impresso por documento digital. Esforço também na substituição de copos plásticos por canecas de uso diário.



# ANEXOS

## I - RESOLUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2015

Nº RN	Data DOU	Assunto
368	07/01/2015	Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.
369	26/01/2015	Altera a Resolução Normativa - 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; e altera o Regimento Interno da ANS, instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009.
370	06/02/2015	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
371	09/03/2015	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
372	31/03/2015	Dispõe sobre a celebração do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCAC previsto no artigo 29 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.
373	08/04/2015	Altera e revoga dispositivos da Resolução Normativa – RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
374	17/04/2015	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.
375	29/04/2015	Altera a Resolução Normativa 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.

continua

Nº RN	Data DOU	Assunto
376	29/04/2015	Altera a 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; e a RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014, que 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.
377	11/05/2015	Altera a Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014 que dispõe sobre os procedimentos físicos e híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre a cobrança referente ao ressarcimento ao SUS.
378	01/06/2015	Altera a RN nº 198, de 16 de junho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
379	03/06/2015	Altera a Resolução Normativa – RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014, que 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.
380	12/06/2015	Altera a Resolução Normativa nº 237, de 21 de outubro de 2010, que dispõe sobre o Regimento Interno da Câmara de Saúde Suplementar.
381	12/06/2015	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
382	02/07/2015	Altera a Resolução Normativa – RN nº 44, de 24 de julho de 2003, que dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das operadoras de planos de assistência à saúde, e dá outras providências.
383	13/07/2015	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
384	08/09/2015	Dispõe sobre oferta pública de referências operacionais e cadastro de beneficiários – OPRC, estabelecendo requisitos para habilitação e condições especiais para as operadoras com proposta autorizada e altera a Resolução Normativa – RN nº 112, de 28 de setembro de 2005; a RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e a RN nº 316, de 30 de novembro de 2012.

Nº RN	Data DOU	Assunto
385	09/09/2015	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS, e a RN nº 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.
386	13/10/2015	Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências.
387	29/10/2015	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 – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e dá outras providências.
388	26/11/2015	Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.
389	27/11/2015	Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, revoga a Resolução Normativa nº 360 de 3 de dezembro de 2014, e o parágrafo único do art. 5º, da RN nº 190 de 30 de abril de 2009, e dá outras providências.
390	03/12/2015	Altera os Anexos da Resolução Normativa 290, de 27 de fevereiro de 2012 que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde e revoga o parágrafo 3º do artigo 3º da Resolução Normativa 173, de 10 de julho de 2008 que Dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS.
391	07/12/2015	Altera a Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
392	10/12/2015	Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências.
393	10/12/2015	Dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga dispositivos da Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Resolução Normativa nº 75, de 10 de maio de 2004.
394	10/12/2015	Altera a Resolução Normativa – RN nº 300, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a designação do Diretor Fiscal ou Técnico e do Liquidante e sobre as despesas com a execução dos regimes de direção fiscal ou técnica e de liquidação extrajudicial.

## II - INSTRUÇÕES NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2015

Nº IN e Diretoria	Data DOU	Assunto
57/DIDES	29/04/2015	Altera a Instrução Normativa - IN nº 50, de 25 de setembro de 2012, que dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS e sobre procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS.
58/DIDES	11/05/2015	Altera a Instrução Normativa nº 54 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, de 27 de novembro de 2014, que dispõe sobre os procedimentos físicos e híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014.
51/DIOPE	19/05/2015	Altera e acrescenta dispositivos na Instrução Normativa – IN nº 14, de 27 de dezembro de 2007, que regulamenta os critérios e diretrizes para substituição da formulação de cálculo da Margem de Solvência pela utilização de modelo próprio baseado nos riscos das operadoras de planos de saúde.
48/DIPRO	11/09/2015	Dispõe sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde, regulamenta o art. 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e revoga a Instrução Normativa - IN nº 42, de 26 de fevereiro de 2013, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.
59/DIDES	07/10/2015	Dispõe sobre o Termo de Cooperação a ser firmado entre a Diretoria de Desenvolvimento Setorial DIDES e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, autorizadas pela ANS a adquirir as referências operacionais e o cadastro de beneficiários através de oferta pública, tal como disposto na Resolução Normativa - RN 384, de 04 de setembro de 2015.
60/DIDES	13/10/2015	Detalha a Resolução Normativa - RN nº 386 de 9 de outubro de 2015, para dispor sobre a avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, pelo Programa de Qualificação de Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
61/DIDES	07/12/2015	Dispõe sobre a regulamentação dos parágrafos 2º e 3º do artigo 7º da Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para prestadores de serviços hospitalares.

### III - SÚMULAS NORMATIVAS PUBLICADAS EM 2015

Nº Súmula	Data DOU	Assunto
26	02/03/2015	Resolve adotar entendimento vinculativo relacionado ao índice de reajuste da ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
27	11/06/2015	Resolve adotar o seguinte entendimento: É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de plano de saúde na contratação de qualquer modalidade de plano privado de assistência à saúde. Nas contratações de planos coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. A vedação se aplica à contratação e exclusão de beneficiários.
28	01/12/2015	Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo sobre notificação para fins de suspensão ou a rescisão unilateral do contrato.
28	01/12/2015	Resolve adotar entendimento vinculativo que o termo “guarda” abrange a guarda provisória ou permanente.

## Veja o endereço da ANS mais próximo de você:

Núcleo	Endereço	Abrangência
<b>Belém   PA</b>	Rua Dom Romualdo de Seixas, 1.560   Edifício Connex Office 7º pavimento, Espaços Corporativos 4 e 5   Bairro Umarizal CEP: 66055-200	Amapá, Amazonas, Pará e Roraima
<b>Belo Horizonte   MG</b>	Rua Paraíba, 330, 11º andar, Sala 1104   Edifício Seculus   Bairro Funcionários   CEP: 30130-917	Minas Gerais (com exceção da Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais) e Espírito Santo
<b>Brasília   DF</b>	SAS Quadra 1, lote 2, Bloco N, 1º andar Ed. Terra Brasília CEP: 70070-941	Distrito Federal, Goiás e Tocantins
<b>Cuiabá   MT</b>	Av. Historiador Rubens de Mendonça, 1894 Salas 102, 103 e 104 - Centro Empresarial Maruanã Bairro Jardim Aclimação   CEP: 78050-000	Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia
<b>Curitiba   PR</b>	Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 373 Conjunto 902 Bairro Centro   CEP: 80410-180	Paraná e Santa Catarina
<b>Fortaleza   CE</b>	Av. Dom Luís, 807, 23º pavimento Edifício Etevaldo Nogueira Business Bairro Meireles   CEP: 60160-230	Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte
<b>Porto Alegre   RS</b>	Rua dos Andradas, 1001   19º andar, Conjunto nº1902   Edifício GBOEX   Centro   CEP: 90020-015	Rio Grande do Sul
<b>Recife   PE</b>	Rua General Joaquim Inácio, 830 – 10º andar – Empresarial The Plaza – Bairro Paissandu – Recife – Pernambuco – CEP: 50070-495	Alagoas, Paraíba e Pernambuco
<b>Ribeirão Preto   SP</b>	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
<b>Rio de Janeiro   RJ</b>	Av. Augusto Severo, 84, térreo   Ed. Barão de Mauá Bairro Glória   CEP: 20021-040	Rio de Janeiro
<b>Salvador   BA</b>	Av. Antonio Carlos Magalhães, 771, Salas 1601-1604 e 1607-1610 Edifício Torres do Parque   Bairro Itaipara CEP: 41.825-000	Bahia e Sergipe
<b>São Paulo   SP</b>	Av. Bela Cintra, 986, 9º andar   Ed. Rachid Saliba Bairro Jardim Paulista   CEP: 01415-000	São Paulo, com exceção das Mesorregiões de Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto

