

## **Diretoria Colegiada votou pela ampliação da base de cálculo que utiliza reclamações sobre negativas de cobertura ou demora para realização de procedimentos**

Durante a **[608ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada \(DICOL\)](#)** da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), realizada na segunda-feira 1º/07, os diretores da reguladora aprovaram a implementação de um ajuste no indicador do Monitoramento da Garantia de Atendimento. O Monitoramento é uma importante ferramenta da ANS para estimular a mudança de comportamento das operadoras, já que prevê a suspensão temporária da comercialização de planos de saúde por operadoras consideradas em risco assistencial, a partir de reclamações sobre negativas de atendimento ou de descumprimento de prazos para a realização de procedimentos por beneficiários de planos de saúde.

Com a decisão, o programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento passará a usar um número maior de demandas assistenciais registradas na ANS pelos consumidores. A grande diferença é que o indicador ajustado irá considerar 50% do total de demandas informadas como não resolvidas pelos beneficiários no período referente a cada ciclo como base de cálculo do numerador. Diferente do indicador ainda vigente, que se baseia em demandas assistenciais analisadas e classificadas pela Diretoria de Fiscalização. O denominador permanece usando como base a média do número de beneficiários no período.

“Estamos fazendo um ajuste importante, ampliando a base de demandas assistenciais utilizadas para o cálculo do indicador. Essa mudança vai proporcionar resultados mais alinhados com a realidade de cada ciclo”, avalia o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

Para o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Alexandre Fioranelli, a alteração é uma resposta que a ANS está dando à sociedade: “A implementação do ajuste no indicador para o Monitoramento da Garantia de Atendimento permitirá ao órgão regulador identificar com maior eficiência as operadoras com problemas, a existência de risco à assistência dos beneficiários, e proteger cautelarmente os consumidores, quando identificadas inadequações”, destacou Fioranelli.

Também na **[608ª Reunião Ordinária da DICOL](#)**, os diretores votaram a favor da suspensão dos ciclos relativos ao 2º e ao 3º trimestre de 2024, a fim de que possa ser implementada a utilização das demandas informadas como não resolvidas pelos beneficiários como fonte de dado para cálculo do indicador da operadora.

No ciclo relativo ao 2º trimestre de 2024 está prevista apenas a liberação da comercialização dos planos suspensos no 1º trimestre deste ano, de acordo com os resultados que serão divulgados pela ANS na próxima quinta-feira, 4/07.

Como a metodologia prevê a comparação dos resultados das operadoras em dois ciclos seguidos, a suspensão de planos em função do Monitoramento da Garantia de Atendimento com o indicador ajustado será divulgada em abril de 2025, após avaliação dos ciclos referentes ao 4º trimestre de 2024 e ao 1º trimestre de 2025.

A elaboração do ajuste na base de cálculo do indicador atende à recomendação da Auditoria Interna da ANS para a realização de estudos sobre a possibilidade de ampliação do quantitativo de reclamações utilizadas, quando da auditoria realizada no Mapeamento do Risco Assistencial, do qual o Monitoramento da Garantia de Atendimento faz parte.

**Entenda o que muda com o ajuste do indicador**

\* demandas assistenciais classificadas como Núcleo são aquelas que foram analisadas pela Diretoria de Fiscalização e enviadas para apuração nos Núcleos da ANS. As demandas classificadas como RVE (Reparação Voluntária e Eficaz) são aquelas que a operadora soluciona o problema corrigindo eventuais danos ou prejuízos ao beneficiário dentro do prazo de 5 dias úteis da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP).

Nas simulações realizadas com o aprimoramento da base de cálculo do indicador, foi verificado um aumento médio de 82% na quantidade de demandas consideradas no monitoramento para as operadoras médico-hospitalares e de 1.492% para as exclusivamente odontológicas. Isso implica no aumento de operadoras com demandas válidas para o monitoramento, em média 67%, para as operadoras médico-hospitalares e 550% para as exclusivamente odontológicas.

**Principais vantagens com o ajuste do indicador do Monitoramento da Garantia de Atendimento.**

- Não depende da análise manual de demandas assistenciais
- Mantém uso de demandas com indícios de infração em questões relacionadas ao atendimento do beneficiário

**Novo calendário do Monitoramento da Garantia de Atendimento**

### **Sobre o Monitoramento da Garantia de Atendimento**

O Monitoramento da Garantia de Atendimento é o acompanhamento do acesso dos beneficiários às coberturas contratadas, realizado com base nas reclamações recebidas pela ANS e na quantidade de beneficiários de planos de saúde. As reclamações consideradas nesse monitoramento se referem ao descumprimento dos prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou negativa de cobertura assistencial.

A partir dessas informações as operadoras são classificadas em faixas, possibilitando uma análise comparativa entre elas. As operadoras enquadradas nas faixas superiores do monitoramento apresentam um pior resultado no indicador da operadora.

As operadoras reiteradamente com pior resultado são avaliadas e para aquelas que apresentam risco à assistência à saúde são identificados os planos que terão o ingresso de novos beneficiários vedado temporariamente.

A cada trimestre a listagem de planos é reavaliada, e as operadoras que deixarem de apresentar risco à assistência à saúde são liberadas, pelo monitoramento, para oferecer os planos para novas comercializações.

**Fonte:** ANS, em 03.07.2024.