

A entrada em atividade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) completa 16 anos nesta quinta-feira (28). Criada pela Lei 9.961, de 2000, em todos esses anos, a Agência reguladora do setor de planos de saúde vem implementando medidas importantes para a regulação, a normatização, o controle e a fiscalização dos planos de saúde, sempre visando assegurar o interesse público.

“Quando a ANS surgiu, havia quase 50 anos que o setor de planos de saúde crescia sem regulação no Brasil. Portanto, foi necessário partir quase do zero e, gradativamente, estabelecer normas, como a definição de regras de entrada e saída do mercado de planos de saúde, criar meios de fiscalização e o monitoramento sistemático econômico e assistencial das operadoras, bem como a introdução de mecanismos de proteção ao consumidor e de fiscalização”, conta o diretor-presidente da ANS, José Carlos de Souza Abrahão.

Atualmente, existem 1,3 mil operadoras no País com mais de 50 milhões de beneficiários de planos de assistência médica e cerca de 22 milhões de contratos exclusivamente de assistência odontológica. Esses números tornam o Brasil um dos maiores mercados da saúde suplementar do mundo. Para se ter ideia da dimensão do mercado nacional, a quantidade de beneficiários somente de planos de saúde de assistência médica existentes no Brasil é quase o total da população de três países vizinhos: Argentina, Paraguai e Uruguai. Juntas, essas nações têm aproximadamente 52 milhões de habitantes.

E para lidar com um mercado desse porte, as ações na área da regulação devem ser contínuas. Em um breve balanço, nos últimos 12 meses, no campo do direito de acesso do cidadão, 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 a ampliação do número de consultas com fonoaudiólogo, nutricionistas, fisioterapeutas e psicoterapeutas. Com a ampliação, agora a lista do rol tem 3.215 procedimentos.

Houve avanços também na defesa do direito da gestante quanto ao acesso à informação na hora de escolher a melhor forma de como fazer o seu parto na saúde suplementar. Com a publicação da Resolução Normativa 368, novas regras foram estabelecidas pela Agência 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 ficam obrigadas a fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, no qual deverá constar 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.

Além disso, houve a implementação das primeiras fases do Projeto Parto Adequado, destinado a estimular partos normais na saúde suplementar em um grupo de hospitais e criar modelos que possam ser disseminados para outras maternidades. Os primeiros resultados das ações para incentivar o parto normal e melhorar a assistência à saúde de gestantes e bebês 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, que tem atingido índices acima de 80% de resolutividade, foi uma das 10 iniciativas vencedoras do 19º Concurso Inovação na Gestão Pública Federal. A premiação teve 136 concorrentes em seis áreas temáticas. A

ANS ficou classificada em quarto lugar dentre os dez vencedores. Em 2014, foram registradas 83,2 mil reclamações na Agência, com taxa de resolutividade de 81,7%. Em 2015, esse número foi de 102 mil, com taxa de resolutividade de 87,4%. Isso quer dizer que, apenas no ano passado, 89,1 mil beneficiários de planos de saúde tiveram suas demandas resolvidas através da utilização do instrumento de mediação disponibilizado pela ANS, o que indubitavelmente contribui para a diminuição da judicialização do tema em todo o país.

Recentemente, a ANS criou novas regras com o intuito de melhorar o atendimento prestado pelas operadoras de planos de saúde aos beneficiários nas solicitações de procedimentos e serviços de cobertura assistencial. As medidas, definidas pela Resolução Normativa (RN) nº 395, entrarão em vigor no dia 15/05 e estabelecem prazos para a prestação de informações ao consumidor, disciplinando e qualificando o atendimento, e obrigam as operadoras a disponibilizar canais de contato presencial e telefônico, entre outras exigências.

Neste último ano, a ANS também ampliou o acesso dos consumidores às informações sobre os diferentes tipos de planos de saúde que são comercializados no País. Para tanto, foi publicada uma resolução que determinou que as operadoras informem 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.

E para orientar o consumidor, a ANS 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.

Além disso, 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 ao cidadão pesquisar informações sobre coberturas assistenciais obrigatórias, de acordo com o tipo de plano de saúde contratado, entre outros dados.

Com relação à integração com o Sistema Único de Saúde (SUS), a ANS ampliou o resarcimento. Exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade passaram ter seus valores resarcidos ao Ministério da Saúde. Foi a primeira vez que as operadoras tiveram que fazer o reembolso por esse tipo de atendimento, que é identificado por meio da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). Com isso, a Agência prevê incremento no volume de procedimentos cobrados.

Ainda no último ano, foi aprimorado o acompanhamento e avaliação da assistência prestada pelas operadoras aos seus consumidores. Para isso, a Agência promoveu 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 já tiveram as vendas suspensas, e outros 1.014 planos voltaram ao mercado após comprovar melhorias no atendimento.

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 agrupado 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 passarão a ter acesso a informações antecipadas sobre o cálculo do reajuste a ser aplicado pelas operadoras nos contratos coletivos empresariais e por adesão.

Para operadoras e prestadores, a ANS lançou uma nova ferramenta que permite 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 a 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.

Além dessas ações, outro foco de atuação da ANS é o estímulo para que as operadoras mantenham boa saúde 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 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 se deu recentemente, em dezembro de 2015. De lá para cá, o mercado vem continuamente elevando o volume de recursos aplicados no setor e melhorando sua estrutura patrimonial. Hoje, as operadoras com graves problemas econômico-financeiros são minoria, pois a ANS trabalha continuamente para que aos primeiros sinais de dificuldades, sejam tomadas medidas para resolução dos desequilíbrios econômico-financeiros.

Vale destacar também o processo de autorização de funcionamento das operadoras, no qual todo o mercado saiu de um modelo provisório de registro. Nesse longo caminho, ocorreu um forte saneamento do mercado, com a saída ordenada das operadoras sem condições de atuar no ambiente definido pela Lei nº 9.656, de 1998.

Essas são algumas das iniciativas da ANS em prol da melhoria do setor de planos de saúde, que reforçam a regulação existente no Brasil. “É importante ressaltar que, para cumprir sua missão, a Agência conta com um quadro qualificado de servidores e colaboradores”, valoriza José Carlos de Souza Abrahão. Ele também destaca que, para os próximos anos, a ANS quer continuar aprimorando o setor, com ações vinculadas à agenda Regulatória 2016-2018, que 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 para orientar as ações a serem desenvolvidas nos próximos três anos.

Para saber mais, confira os fatos relevantes da história ANS na [linha do tempo](#) publicada no Portal.

**Fonte:** [ANS](#), em 28.01.2016.