

Em vista das recentes notícias veiculadas na imprensa acerca da proposta de norma que está em Consulta Pública desde o dia 15 de agosto de 2017, torna-se necessário prestar esclarecimentos adicionais, em complemento às informações contidas na nota publicada no dia **08 de agosto de 2017 no site da ANS**:

● O valor das multas a serem aplicadas por negativa indevida de atendimento não foram simplesmente reduzidas no novo modelo, como divulgado. A proposta promove a adequação das sanções aplicáveis em diversos tipos sancionadores, a fim de estabelecer uma sanção diretamente vinculada e proporcional ao dano causado, com o detalhamento de infrações hoje classificadas de forma ampla. Assim, se a operadora infringir uma norma de cunho assistencial terá uma sanção relacionada ao custo do procedimento e à preponderância deste na assistência à saúde do beneficiário.

● Além disso, o valor máximo da multa por negativa de cobertura foi ampliado de R\$ 80 mil para R\$ 160 mil, nos casos de procedimentos realizados em internação, podendo chegar a 250 mil em casos de urgência/emergência. Em todo caso, o valor da multa por ser majorado em 100% na hipótese da conduta infrativa da operadora resultar em morte do beneficiário.

● Ainda com relação às multas, importante esclarecer que a regra atual, que aplica um fator redutor de 80% ao valor da multa nas hipóteses em que a operadora comprova que o atendimento ao beneficiário foi prestado em até 10 dias úteis após o término da fase de intermediação preliminar não foi replicada no novo regramento devido pois o mecanismo não demonstrou, em uma avaliação ex post de sua eficiência, o atingimento do objetivo para o qual foi criado, qual seja a solução do problema do beneficiário. Desde a vigência da Resolução Normativa nº 388/15, que o instituiu, das mais de 16 mil decisões proferidas em 2016, apenas 69 se utilizaram deste mecanismo de conclusão antecipada do processo.

● Entretanto, é imprescindível destacar que outros mecanismos inaugurados pela citada [RN nº 388/2015](#) ensejaram expressivos resultados em gestão pública, como pode ser consultado no conteúdo do link:

http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/relatorio_difis_2016FINAL.PDF.

● Quanto à fiscalização proativa, ao contrário do veiculado, a proposta em consulta amplia a atuação in loco da fiscalização da ANS sobre as operadoras, pois, além de promover um aprimoramento do Programa de Intervenção Fiscalizatória, que corresponde ao conjunto de ações planejadas, sistematizadas e dotado de critérios de seleção objetivos, a fim de identificar e solucionar condutas infrativas potencial e/ou efetivamente praticadas e contém em seu procedimento uma fase específica para a atuação in loco da fiscalização na operadora, criou o procedimento de supervisão fiscalizatória, através do qual também poderão ser realizadas diligência nas operadoras.

● Destaca-se que, apenas no âmbito do programa de intervenção fiscalizatória, foram realizadas, ao longo do último ano, 24 diligências in loco pela ANS nas operadoras previamente selecionadas a partir de critérios objetivos.

● Observe-se que o Relatório de Auditoria Anual de Contas da CGU ressaltou o ganho para o consumidor de plano de saúde refletido, principalmente, na redução do trâmite processual e passivo de processos, além da adequação das demais ações fiscalizatórias atualmente intentadas, dentre as quais se enquadra o programa de intervenção fiscalizatória.

● Nessa mesma linha está sendo proposta a Supervisão Fiscalizatória, que também é um conjunto de ações planejadas com a finalidade de identificar e solucionar condutas infrativas, a ser deflagrada, porém, nas operadoras que apresentarem menos agravado e, portanto, se

enquadrarem na faixa D, do que as observadas na Intervenção, a ser deflagrada, ordinariamente, às operadoras enquadradas na faixa E.

● Ademais, a proposta traz, ainda, o Plano de Correção de Conduta, que deve ser elaborado pela operadora sempre que forem identificadas, pela fiscalização, práticas reiteradas de condutas lesivas aos beneficiários e/ou em desconformidade com a regulação de saúde suplementar.

Tais mecanismos vão permitir à Agência acompanhar a atuação das operadoras antes do conflito com o beneficiário ser instaurado, de uma forma proativa e buscando, sempre, a mudança de comportamento das mesmas, culminando com resultados em favor dos beneficiários.

Por fim, na qualidade de canal preponderante de reclamações dos beneficiários, importante esclarecer que das 380 mil ligações recebidas em 2016, 290 mil foram para esclarecimento de dúvidas. Das 90 mil restantes, apenas 9 mil não foram resolvidas no âmbito da intermediação de conflitos (NIP) e seguiram o fluxo do processo sancionador. Assim, a ANS teve, portanto, aproximadamente 80 mil denúncias de beneficiários resolvidas de forma ágil, célere e eficiente, resultado que deve sempre ser almejado por uma entidade reguladora.

Fonte: [ANS](#), em 23.08.2017.