



Parceiros da Cidadania Acordo de Cooperação ANS – PROCON/MA

São Luis, 14/12/2012

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

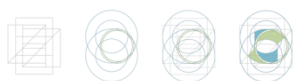
Agência reguladora do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde. Atua na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos de saúde no Brasil

Finalidade institucional:

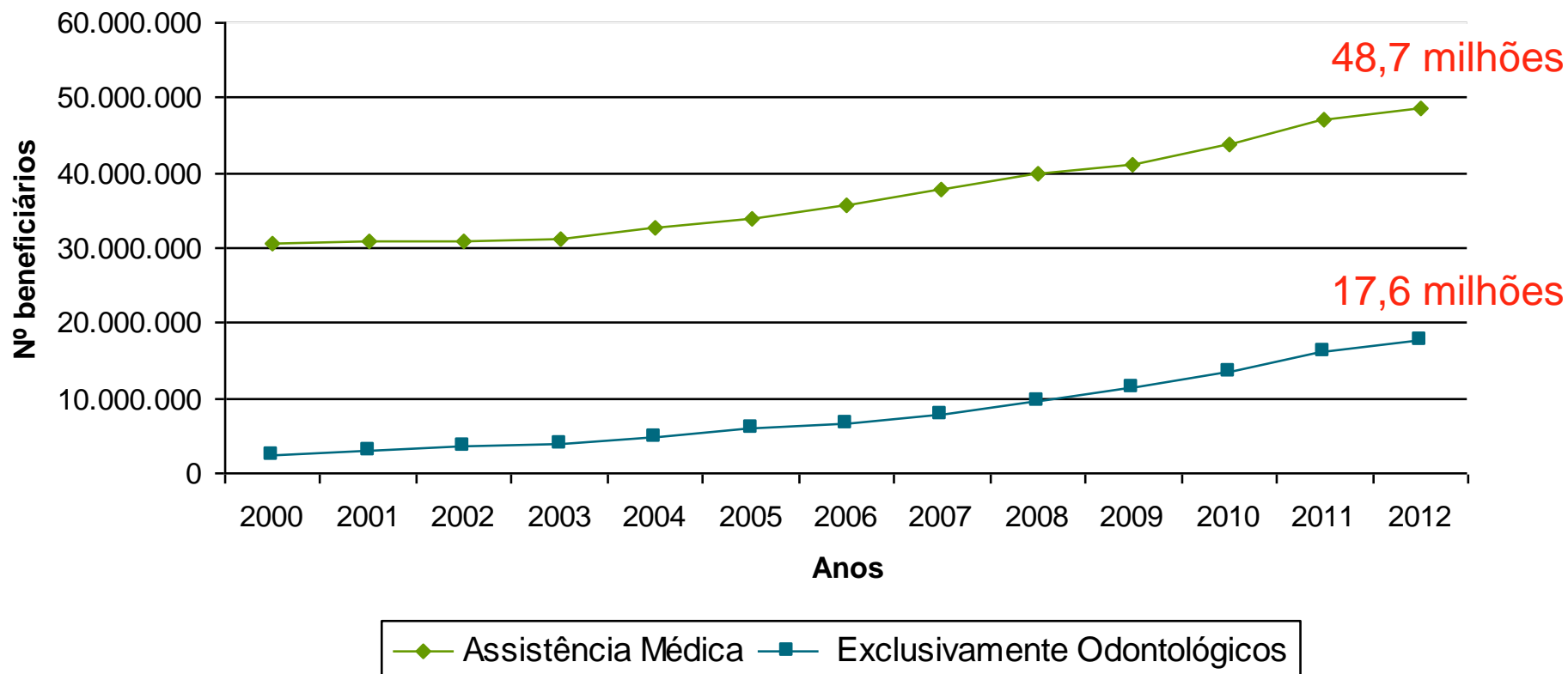
- promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde
- regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores
- contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Marco legal: Lei n° 9.656, de 1998 - Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde

Lei n° 9.961, de 2000 - Cria a ANS



Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil, 2000 - junho/2012)



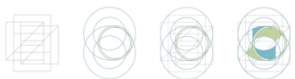
Taxa de cobertura da população residente no país – 25,5%



Acompanhamento da Dispersão de Rede Assistencial e Garantia de Acesso

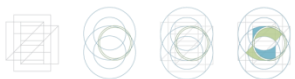
Introdução

- No ano de 2011, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – elegeu nove temas considerados prioritários e de cunho estratégico para sua atuação, que compõem a sua primeira Agenda Regulatória, cujas ações definidas de forma estruturada e planejada visaram impactar positiva e beneficentemente o setor de saúde suplementar.
- Um dos nove eixos temáticos que compõe a Agenda Regulatória da ANS é a Garantia de acesso e qualidade assistencial, cujo objetivo estratégico é promover a qualidade assistencial na saúde suplementar. Dentro deste eixo, foi definida a discussão dos sub-temas: definir critérios para análise de suficiência de rede e determinar prazos máximos para atendimento para exames e procedimentos.



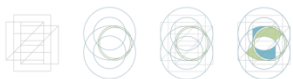
Definição do problema

- Ausência de parâmetros e critérios de suficiência de rede assistencial que permitam avaliar a suficiência de rede assistencial dos produtos.
- Ausência, no setor de saúde suplementar, de um padrão de configuração de rede considerado adequado para garantir a cobertura assistencial prevista na Lei nº 9.656, de 1998, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.



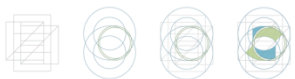
Estruturação das Redes Assistenciais

- As operadoras dimensionam sua rede a partir das séries históricas de utilização, demandas de beneficiários, denúncias e questões comerciais.
- A maioria dos parâmetros se baseia em produção, o que pode apresentar grandes variações, a depender inclusive do perfil da população de beneficiários dos planos e de diferenças regionais.
- Seu adequado monitoramento depende do conhecimento do grau de compartilhamento dos estabelecimentos de saúde entre as operadoras e com o SUS, o que não é possível de ser mensurado de forma adequada.



Objetivo

- Subsidiar o desenvolvimento de normas sobre qualidade e suficiência qualitativa e quantitativa da rede assistencial das operadoras de planos de saúde;
- Garantir a configuração de uma rede assistencial que ofereça pleno acesso ao atendimento de qualidade aos beneficiários;
- Permitir avaliação das operadoras quanto ao credenciamento de prestadores de serviços de saúde de forma a se responsabilizar pela maneira de atender a demanda dos beneficiários de sua carteira.

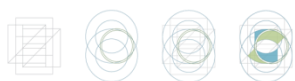


Mensuração de suficiência: critérios quantitativos de construção das redes assistenciais

- Uma das maneiras de se definir a suficiência de rede é o estabelecimento de parâmetros quantitativos:
 - proporção desejável entre recursos e serviços e a quantidade de beneficiários, ou
 - definição de um quantitativo mínimo de estabelecimentos/profissionais de saúde em uma determinada região geográfica.

Desvantagens:

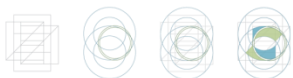
- Diferenças de disponibilidade de serviços em regiões distintas do país - uma rede quantitativamente “adequada” não significa acesso aos serviços de saúde garantido.
- Uma rede estruturalmente considerada suficiente, não reflete necessariamente uma prestação de serviços adequada a necessidade dos beneficiários.



Dificuldades/Desvantagens

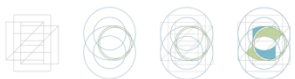
- A definição de critérios quantitativos de suficiência esbarra em diversos fatores indissociavelmente ligados à demanda por serviços:
- Falta de uniformidade na distribuição de prestadores de serviços no país: a distribuição dos prestadores de serviços no país não obedece a uma uniformidade, havendo elevada oferta em determinadas regiões.
 - Exemplo 1: Amazonas (o maior estado do país), com 1.570.745,680 km², 1.711 prestadores de serviços de saúde, população de 3,5 milhões de habitantes e Distrito Federal (o menor estado do país), com 5.801,937 km², 6.349 prestadores de serviços de saúde (5,5 vezes mais prestadores de serviços que no AM), população de cerca de 2,5 milhões de habitantes.
 - Exemplo 2: Roraima e São Paulo - áreas semelhantes: RR, com 224.298,980 km² e SP, com 248.209,426 km², todavia, SP possui, a grande maioria dos prestadores de serviço de saúde do país (57.005) e RR, a menor quantidade registrada (394).

(dados do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística – IBGE, de 2010.)



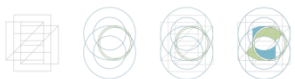
Dificuldades/Desvantagens

- Variabilidade nas carteiras de beneficiários dos planos de saúde: O que é adequado para um determinado plano é completamente inapropriado para outro. Um plano pode apresentar maior demanda por determinado serviço que outro, de acordo com a faixa-etária predominante, aspectos epidemiológicos, etc.
- Especificidades de demanda regional: características epidemiológicas diversas entre si.
 - Exemplo: região Sul do país, alta incidência de certas doenças crônico-degenerativas, já na região Nordeste, muitas das doenças infecto-parasitárias ganham monta. Tal diferença epidemiológica pode se apresentar dentro de uma mesma Unidade da Federação.



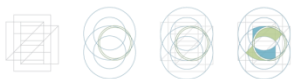
Em Resumo

- Por meio da análise de apenas estes poucos parâmetros, torna-se claro que a adoção de uma parametrização meramente quantitativa encontra barreiras quase intransponíveis para a regulamentação.
- A estruturação de rede assistencial por si só não basta para garantir a suficiência. Uma rede pode ser considerada bem estruturada quantitativamente e apresentar barreiras de acesso tanto geográficas, como de utilização indevida de mecanismos de regulação por parte das operadoras, que impedem o uso do serviço demandado pelo beneficiário.
- Parâmetros por prestadores não funcionam, uma vez que não é possível prever a disponibilidade da oferta para a operadora ou para um determinado produto



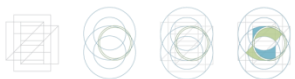
Mensuração de suficiência: critérios de aferição do acesso aos serviços

- Outra forma de se medir a suficiência de rede é através de uma extrapolação a partir do efetivo acesso.
 - adoção, como critério de suficiência de rede, do tempo de espera para a marcação de consultas e procedimentos, entendendo-se que acesso é um indicador de qualidade fundamental.
 - monitoramento das reais condições de acesso dos beneficiários aos profissionais e serviços de assistência à saúde existentes na rede credenciada das operadoras.
- Havendo acesso aos recursos e serviços, não há sinais de insuficiência de rede assistencial



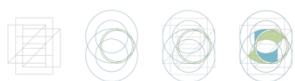
Vantagens

- A facilidade de uniformização: o acesso deve ser equânime para cada beneficiário de plano de saúde, considerando, unicamente, a complexidade do serviço ou recurso demandado.
- Independente da composição da carteira de beneficiários das operadoras e de seus planos, e da distribuição geográfica dos prestadores de serviços, é possível se definir se o acesso foi realmente garantido.
- A utilização de medidas de acesso permite alcançar objetivo que se almeja, qual seja, garantir uma conformação de rede assistencial adequada e que viabilize a assistência à saúde.
- Capacidade de revelar se a rede assistencial foi devidamente dimensionada e distribuída de maneira a atender às necessidades específicas de determinada carteira de beneficiários.



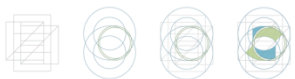
Vantagens

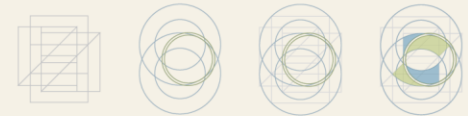
- Permitem que as operadoras de planos de saúde definam a configuração de sua rede assistencial, de acordo com sua realidade operacional.
- As medidas de acesso revelam se o atendimento demandado foi obtido, é um marcador que possibilita disparar eventos tais como o monitoramento da efetiva prestação do serviço em determinado tempo.
- Os relatórios da Notificação de Investigação Preliminar – NIP são utilizados para medidas indiretas de problemas relacionados ao acesso dos beneficiários aos serviços e procedimentos, como excesso de negativas de cobertura e alterações de rede assistencial não autorizadas.
- Quantidade de eventos por Reparação Voluntária e Eficaz – RVE: entende-se que a operadora que oferecer pleno acesso não utilizará o mecanismo de RVE, pois a assistência será realizada normalmente, antes da instauração da NIP.



Possibilidades

- Avaliação de Dispersão de Rede poderá se dar por município e por região de saúde do produto.
- O primeiro refletirá a dispersão de serviços no local onde o beneficiário pode demandá-los.
- O segundo poderá expressar a dispersão de serviços de acordo com a organização escolhida pela operadora.;
- Dispersão de recursos e serviços em relação à localização dos beneficiários
- Dispersão de recursos e serviços em relação à área de atuação dos planos de saúde





RN nº 259, de 17 de junho de 2011

**Garantia de atendimento dos
beneficiários de planos privados de
assistência à saúde**

Fundamentação legal da RN nº 259, de 2011

Lei nº 9.656, de 1998

Art. 19 ...

...

§5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, **ficam garantidos** a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de **2 de janeiro de 1999**, todos os benefícios de **acesso** e **cobertura** previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

RN nº 85/04; RN nº 112/04;

RN nº 195/09; RN nº 196/09:

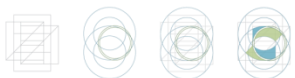
- Regras para Registro e Manutenção de Produtos
- Áreas de Abrangência e de Atuação
- Regras para manutenção e alienação da Carteira
- Modalidades de contratação e suas regras

RN nº 211, de 2010

- Rol de Procedimentos

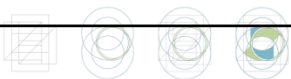
RN nº 259, de 2011

- Garantias de Atendimento



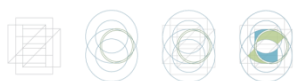
Prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias

Serviços	Prazo Máximo (dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	em até 7 (sete) dias úteis
Consulta nas demais especialidades médicas	em até 14 (quatorze) dias úteis
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão com nutricionista	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão com psicólogo	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão com fisioterapeuta	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	em até 7 (sete) dias úteis
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	em até 3 (três) dias úteis
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	em até 10 (dez) dias úteis
Procedimentos de alta complexidade - PAC	em até 21 (vinte e um) dias úteis
Atendimento em regime de hospital-dia	em até 10 (dez) dias úteis
Atendimento em regime de internação eletiva	em até 21 (vinte e um) dias úteis
Urgência e emergência	imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento



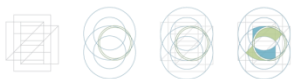
Principais Aspectos da Resolução Normativa nº 259

- Estabelecimento de prazos para a consecução do serviço ou para a realização do procedimento:
 - O prazo deve ser cumprido para a especialidade ou procedimento necessário em qualquer profissional ou estabelecimento credenciado, **e não para o atendimento em um prestador específico;**
 - O acesso livre ao prestador é estimulado, ou seja, **a rede deve ser estruturada e distribuída para que estes prazos sejam cumpridos sem que haja interferência direta da operadora;** e
 - Fiscalização motivada por denúncia.
- Município onde o beneficiário demanda o serviço é a unidade para o atendimento, **desde que integrante da área de atuação do produto contratado;**



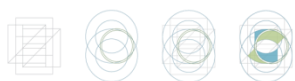
Principais Aspectos da Resolução Normativa nº 259

- **Região de Saúde:** espaço geográfico contínuo constituído por **agrupamentos de Municípios limítrofes**, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- As regiões de saúde foram objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e estão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br)



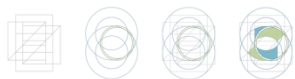
Principais Aspectos da Resolução Normativa nº 259

- Garantia de atendimento em casos de falha na operação:
- Duas situações serão consideradas:
 - **Indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial** que ofereça o serviço demandado; e
 - **Inexistência de prestador** que ofereça o serviço demandado.



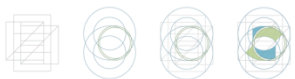
Principais Aspectos da Resolução Normativa nº 259

- **Indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial** que ofereça o serviço demandado a operadora deverá garantir :
 - atendimento em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município (acordo entre as partes);
 - atendimento em qualquer prestador (integrante ou não da rede assistencial) nos municípios limítrofes a este;
 - atendimento em prestador apto a realizar o devido atendimento fora do município ou município limítrofe: transporte do beneficiário, assim como seu retorno à localidade de origem; ou
 - reembolso integral das despesas assumidas pelo beneficiário na hipótese de não atendimento nas formas anteriores.



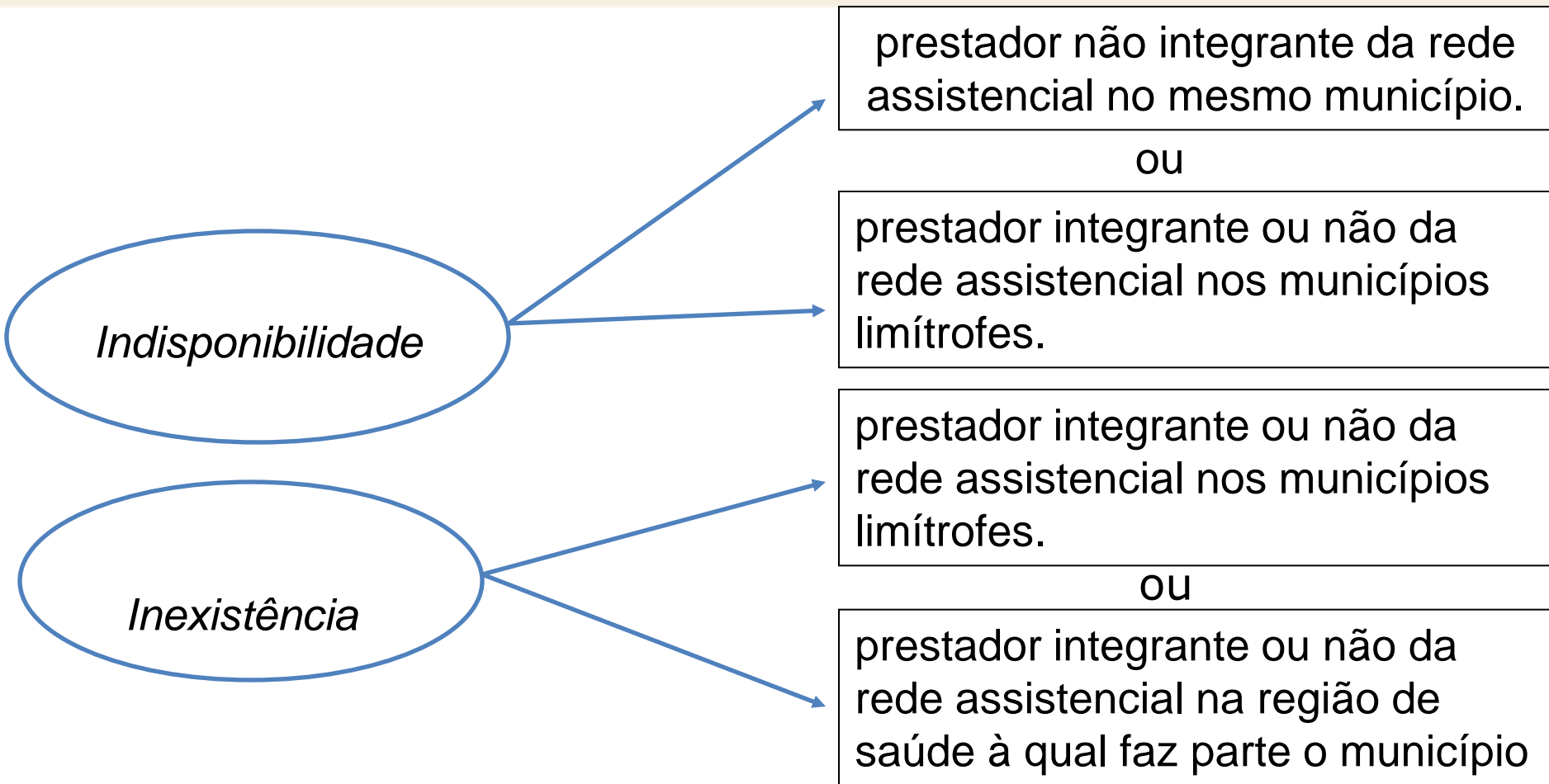
Principais Aspectos da Resolução Normativa nº 259

- **Inexistência de prestador** que ofereça o serviço demandado a operadora deverá garantir:
 - atendimento em qualquer prestador (integrante ou não da rede assistencial) nos municípios limítrofes a este;
 - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município
 - atendimento em prestador apto a realizar o devido atendimento fora município limítrofe ou da região de saúde: transporte do beneficiário, assim como seu retorno à localidade de origem; ou
 - reembolso integral das despesas assumidas pelo beneficiário na hipótese de não atendimento nas formas anteriores.



FLUXO

Rede Credenciada no Município



Os casos também se aplicam para urgência/emergência.
O transporte é garantido sempre que houver descumprimento do fluxo.



Principais Aspectos da Resolução Normativa nº 259

➤ Reembolso:

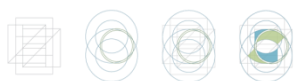
- produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores: **o reembolso efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.**
- procedimento solicitado pelo beneficiário não previsto na cláusula de reembolso ou ausência de previsão contratual de tabela de reembolso: **reembolso integral.**
- previsão de **cláusula de co-participação**: este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.
- hipóteses em que há a responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente.



Principais Aspectos da Resolução Normativa nº 259

➤ TRANSPORTE:

- É garantido sempre que houver descumprimento do fluxo
- **Escolha:** a escolha do meio de transporte fica a critério da operadora de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.
- **Acompanhante:** o transporte está assegurado ao acompanhante de beneficiários menores de 18 anos, maiores de 60 anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, mediante declaração médica.
- **Hospedagem e alimentação:** em relação às despesas com hospedagem e alimentação, é importante esclarecer que a obrigação estabelecida pela ANS refere-se apenas ao transporte. Caso o beneficiário necessite de internação, deverão ser observadas as obrigações relativas à hospedagem e alimentação previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, entre outras legislações.



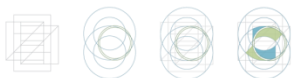
Principais Aspectos da Resolução Normativa nº 259

➤ Urgência e Emergência:

- Se a operadora não possuir prestadores credenciados no município para este serviço, o beneficiário poderá procurar o atendimento em prestador de sua escolha e o reembolso das despesas deverá ser feito de forma integral, no prazo máximo de 30 dias, uma vez que houve falha em prestar o serviço contratado.
- Se a operadora possuir prestadores credenciados para o serviço de urgência e emergência e o beneficiário precisou ser atendido em prestador não credenciado, devido às suas condições de saúde, o valor do reembolso será o da tabela prevista no contrato.

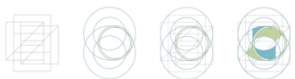
➤ Outros aspectos:

- Para efeito de cumprimento dos prazos dispostos na RN, as operadoras deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor;
- O não atendimento dos prazos pode ensejar multa por negativa de cobertura;



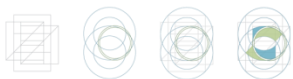
Medidas Administrativas

- o descumprimento reiterado das regras dispostas na RN, que possa constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá adotar as seguintes medidas, sem prejuízo da aplicação das penalidades cabíveis:
- suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora; e
- decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na RN nº 256, de 18 de maio de 2011;
- afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no § 2º do art. 24, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 na adoção de Direção Técnica



Ações de Acompanhamento da Garantia de Atendimento

- **Objetivo:** acompanhar o cumprimento dos prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS e:
 - garantir que o beneficiário tenha acesso oportuno, ou seja, em tempo adequado aos serviços que contratou;
 - estimular as operadoras de planos de saúde a promover o credenciamento e a ampliação da rede de prestadores.
 - É contínuo. Os resultados avaliam a situação de cada plano (produto) das operadoras e **são divulgados trimestralmente**. As operadoras são classificadas, recebendo notas de zero a quatro.



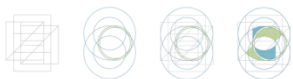
Método de avaliação

- São avaliadas as operadoras com NIP's classificadas pelo tema **Garantia de Atendimento**
- São consideradas as NIP's que geraram **RVE** ou foram encaminhadas aos **Núcleos da ANS**
- São **excluídas** as NIP's que foram julgadas como não procedentes
- Índice de NIP por Garantia de Atendimento - Método de cálculo:
- Parâmetro - mediana das reclamações de todas as operadoras do **mesmo porte e tipo de atenção prestada.**

Número de demandas da operadora na NIP “Garantia de Atendimento”,
classificadas como RVE ou Núcleo, no período analisado

X 10.000

Média de beneficiários da operadora no período de análise




Método de avaliação

- As operadoras que tiverem reclamações serão distribuídas nas faixas

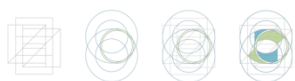
Indicador de Reclamações Motivadas por Garantia de Atendimento

Acima da Mediana do Mercado

FAIXA 0	FAIXA 1	FAIXA 2	FAIXA 3	FAIXA 4
Abaixo da Mediana	$\leq 25\%$	$> 25\%$ e $\leq 50\%$	$> 50\%$ e $\leq 75\%$	$> 75\%$



Mediana por Porte e Tipo de Atenção Prestada

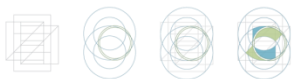


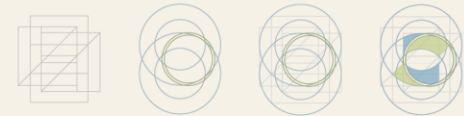
Medidas administrativas

➤ Resultados que podem ensejar a suspensão da comercialização:

Pontuação		Somatório
1º trimestre	2º trimestre	
4	4	8
3	4	7
3	3	6
2	4	6

A operadora somente poderá ter a comercialização dos produtos **reativada** caso, no período de avaliação subsequente, apresente pontuação menor em relação ao período anterior.





Obrigada!

Carla de Figueiredo Soares

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

Diretora-Adjunta