UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

CLAUDIO MIRALDO

A UTILIZAÇÃO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO DAS DEMANDAS DOS BENEFICIÁRIOS DE OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, COMO ESTRATÉGIA FRENTE À REGULAÇÃO DO SETOR E A NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR (NIP)

SÃO PAULO
2016

CLAUDIO MIRALDO

A UTILIZAÇÃO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO DAS DEMANDAS DOS BENEFICIÁRIOS DE OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, COMO ESTRATÉGIA FRENTE À REGULAÇÃO DO SETOR E A NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR (NIP)

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientadora: Professora Dra. Sonia Monken

SÃO PAULO

2016

Miraldo, Claudio de Oliveira.
A utilização de sistema de informação para gestão das demandas dos beneficiários de operadoras de saúde suplementar, como estratégia frente à regulação do setor/ Claudio de Oliveira Miraldo2016.
157 f.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2016.
Orientador (a): Profa. Dra. Sonia Monken.
1. ANS. 2. Saúde Suplementar. 3. NIP. 4. Gestão de Documentos workflow.
I. Monken, Sonia. II. Titulo.

CDU 658:616

CLAUDIO DE OLIVEIRA MIRALDO

A UTILIZAÇÃO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO DAS DEMANDAS DOS BENEFICIÁRIOS DE OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, COMO ESTRATÉGIA FRENTE A REGULAÇÃO DO SETOR E A NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR (NIP)

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Profa. Dra. Sonia Francisca Monken de Assis – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Dr. Renato Telles – Universidade Paulista – UNIP

Profa. Dra. Lara Jansiski Motta – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP-USP (Suplente)

Profa. Dra. Simone Aquino – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 29 de novembro de 2016.

“É muito melhor arriscar coisas grandiosas, alcançar triunfos e glórias, mesmo expondo-se a derrota, do que formar fila com os pobres de espírito que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem nessa penumbra cinzenta que não conhece vitória nem derrota”

(Theodore Roosevelt)

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista aos
meus pais Marina e Antônio (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por todas as bênçãos que já recebi, pelas bênçãos que irei receber e por me conduzir sempre pelos melhores caminhos. Também agradeço a DEUS por ter preenchido minha vida com pessoas maravilhosas e por colocar em meu caminho muitas oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

Agradeço meus pais, Marina e Antônio (*in memoriam*) pelo amor, dedicação, ensinamentos e também por estarem sempre presentes, apoiando e incentivando, com o perfeito equilíbrio entre o carinho da amizade e a seriedade da orientação. Agradeço também pelos ensinamentos de valores como amizade, honestidade e caráter, os quais foram apresentados por meio de suas próprias ações. Devo a vocês tudo que tenho e tudo que sou.

As minhas filhas Tatiana e Andreia, minhas fontes de inspiração e de força, a quem sempre me trouxeram muitas alegrias e muito orgulho. Por vocês fico melhor, mais corajoso, mais alegre, mais forte, mais esforçado. Vocês são a razão para meus esforços para buscar sempre o melhor de mim.

A Rita, companheira nesta jornada de aprendizado, agradeço pela amizade, paciência, e compreensão, sempre ao lado com alegria e amor. Graças a você tive a serenidade e o equilíbrio que são necessários para me dedicar à este curso, por isso acredito que com seu constante apoio e incentivo foi possível alcançar esta vitória.

A meus irmãos, Silvia, Renato e Alexandre meu agradecimento especial, pois, cada um a seu modo, sempre me ajudaram e incentivaram com muito carinho. Vocês foram e sempre serão referências para o meu crescimento profissional e pessoal.

A minha orientadora, amiga e confidente Professora Doutora Sonia, a quem agradeço pela paciência, dedicação e carinho. É com muito orgulho que digo que foi minha orientadora nestes anos. Além de me ensinar a aproveitar melhor o momento do mestrado para absorver mais conhecimento, você também me ensinou muito mais: a ser uma pessoa melhor.

Agradeço também meus amigos da turma de gestão de saúde, foi uma grata surpresa conhecer a todos. Cada um de vocês contribuiu de alguma forma neste caminho e todos juntos nos transformamos em uma equipe, forte e divertida. Obrigado pela paciência, pela força e amizade. Foi ótimo estar com vocês no curso em São Paulo e melhor ainda ter vocês como companheiros no módulo internacional em Boston. Sempre levarei cada um de vocês em minhas lembranças. Obrigado!

Aos professores do curso de mestrado em administração – gestão de sistemas de saúde agradeço pela paciência, ensinamentos, dedicação e, principalmente pelo carinho que vocês nos dedicaram. Gostaria de fazer um texto de agradecimento para cada um de vocês, mas seria impossível colocar todas as palavras positivas necessárias para expressar todo meu sentimento de gratidão. Muito obrigado a todos!

À Queli, desde o primeiro dia, com sorriso, se colocou a disposição para ajudar os mestrandos nesta jornada, acreditando em cada um de nós e torcendo para nosso sucesso. Muito Obrigado!

Agradeço aos meus familiares e amigos por estarem ao meu lado desde pequeno. É com a ajuda e apoio de todos vocês que consigo enfrentar qualquer obstáculo com coragem e fé.

Finalmente, gostaria de agradecer à Universidade Nove de Julho – Uninove por criar e manter cursos de mestrado e doutorado, com melhor nível de aprendizado e melhor equipe acadêmica.

A todos, meu eterno agradecimento. Muito obrigado!

RESUMO

A Mediação Ativa de Conflitos foi definida como um conceito e um método de solução de conflitos que visa o consenso e a facilitação do diálogo entre as partes. Com esta visão a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) estabeleceu um procedimento chamado Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), que permite à agência reguladora intermediar e mediar conflitos entre os beneficiários e as operadoras de saúde com mais agilidade. Sob a ótica das operadoras estas notificações podem significar um elevado custo caso não sejam respondidas tempestivamente. O objetivo deste trabalho é apresentar uma solução, por meio da implantação de um sistema informatizado de gestão de solicitações e fluxo de trabalho, para que operadoras de saúde possuam meios de garantir o processo de atendimento às solicitações com uma rápida recuperação de informações, permitindo respostas a ANS, respostas a demais órgãos reguladores e resposta a mídia, tempestivamente, sempre que necessário. Como resultado este trabalho demonstra que a implantação de um sistema informatizado contribuiu para eficiência do atendimento e melhoria da qualidade dos serviços prestados de uma operadora de saúde, tendo apresentado como resultados significativos em termos quantitativos, além de proporcionar a apresentação de indicadores que permitem aos gestores fazer a monitoração da operação em tempo real, relatórios históricos e rápida recuperação dos documentos do processo. Neste trabalho foi utilizada a metodologia de pesquisa-ação (Martins & Theóphilo, 2009) e o resultado deve contribuir para as operadoras de saúde que buscam melhorias dos serviços prestados e diminuição dos riscos decorrentes das notificações de intermediação preliminar.

PALAVRAS CHAVE: ANS; Saúde Suplementar; NIP; Gestão de Documentos; *workflow*.

ABSTRACT

The Active Conflict Mediation was defined as a concept and a method of conflict resolution that seeks consensus and facilitating dialogue between the parties. With this point of vision the Nacional Agency of Suplementary Health of Brazil (ANS) established a procedure called Intermediation Preliminary Notification (NIP), which allows the regulatory agency intermediate conflicts between beneficiaries and health care providers more quickly. From the perspective of healthcare companies these notifications can mean a high cost if not answered promptly. The aim of this work is to present a solution through the implementation of a computerized system requests management and workflow, so that healthcare companies can have ways to ensure the process of responding to requests with a quick information retrieval, allowing answers to ANS, others agencies and the media, timely whenever necessary. This work demonstrates that the implementation of a computerized system contributed to the efficiency of service and improvement of the quality of the services provided by the health care company, presenting significant results in quantitative terms, as well as providing indicators that allow managers to perform real-time monitoring, historical reporting, and quick retrieval of documents. It was used the methodology of action research (Martins & Theóphilo, 2009) in this work and it could contribute to the improvement of services and reduction of risks arising from primary intermediation notifications in healthcare companies.

KEY WORDS: ANS; *Suplementary Health; Healthcare; Electronic Documents Management; workflow*

LISTA DAS FIGURAS

Figura 1 – Sala da Situação ANS 39
Figura 2 - A NIP e os atores do Sistema Suplementar 47
Figura 3 - Linha do Tempo de uma NIP 49
Figura 4 - Fluxo da NIP - ANS 51
Figura 5 - Classificação das Demandas Operadoras de Grande Porte 53
Figura 6 - Classificação das Demandas Operadoras de Médio Porte 53
Figura 7 - Classificação das Demandas Operadoras de Pequeno Porte 54
Figura 8 - Resolutividade da Mediação de Conflitos 55
Figura 9 - Ciclo de vida de um documento 62
Figura 10 - Arquitetura de um sistema de Gestão Eletrônica de Documentos 63
Figura 11 - Dimensões de um sistema de medição 67
Figura 12 - Comparação entre as fases da pesquisa-ação 72
Figura 13 – Ciclo de pesquisa utilizado 73
Figura 14 – Exemplo do fluxo de liberação de internações eletivas com OPME 84
Figura 15 – Resultado da análise estatística das médias 89

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1 - Características de GED 64
Tabela 2 - Características *workflow* 68
Tabela 3 - Requisitos Funcionais 77
Tabela 4 - Requisitos Funcionais 78
Tabela 5 - Requisitos Funcionais Avaliados 86
Tabela 6 - Requisitos Funcionais Avaliados 87

ABREVIATURAS

ABC	ABC Paulista que inclui Santo André, São Bernardo e São Caetano do Sul.
ABMP	*Association of Business Process Management International*.
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas.
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar.
AP	Avaliação Prejudicada.
Art.	Artigo.
BPM	*Business Process Management.*
CDC	Código de Defesa do Consumidor.
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho.
EPA	Elementos Primários de Avaliação.
ERP	*Enterprise Resource Planning* - ERP
GED	Gestão Eletrônica de Documentos.
IAP	Índice de Abertura de Processo Administrativo - ANS.
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - ANS.
IGR	Índice Geral de Reclamações - ANS.
KPI	*Key Performance Indicator.*
NA	Não Aplicável / Não se Aplica.
NIP	Notificação de Intermediação Preliminar – ANS.
PFA	Percentual de Finalização Assistencial.
PIB	Produto Interno Bruto.
PRDP	Percentual de Resposta Dentro do Prazo - ANS.
PRDPP	Percentual de Resposta Dentro de Prazo Pactuado - ANS.
PRFP	Percentual de Resposta Fora do Prazo - ANS.
REA	Relatório Estatístico e Analítico (das Ouvidorias) - ANS.
RN	Resolução Normativa – ANS.
RVE	Resolução Voluntária Eficaz - ANS.
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente/Consumidor
SMART	Acrônimo de *Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time*

SUSEP	Superintendência de Seguros Privados.
TI	Tecnologia da Informação.
TMA	Tempo Médio de Atendimento.
TMRO	Tempo Médio de Resposta da Ouvidoria.
WF	*Workflow*.
WFM	*Workflow Manager*.
WFMC	*Workflow Management Coalition*.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 14
1.1 APRESENTAÇÃO 16
1.2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA 19
1.3 QUESTÃO DE PESQUISA 21
1.4 OBJETIVOS DA PESQUISA 21
1.4.1 – Objetivo Geral 21
1.4.2 – Objetivos Específicos 22
1.5 RELEVÂNCIA DO TEMA E JUSTIFICATIVAS PARA PESQUISA 22
1.6 ESTRUTURAÇÃO DA DISSERTAÇÃO 24
2. REVISÃO DA LITERATURA 26
2.1 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL 26
2.1.1 Saúde Suplementar 26
2.1.2 Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS 28
2.1.3 Indicadores e Métricas em Processos Operacionais 31
2.1.4 Indicadores e Critérios de Qualidade da ANS 34
2.1.5 Central de Atendimento e Liberação de Guias 40
2.1.5.1 Retaguarda (*BACKOFFICE*) E Liberação de Guias 41
2.1.5.2 órteses, próteses e materiais especiais - opme 42
2.1.6 OUVIDORIA 43
2.1.6.1 indicadores das ouvidorias segundo a RN 323 da ANS: 45
2.1.7 NOTIFICAÇÕES DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR - NIP 46
2.2 GOVERNANÇA CORPORATIVA E "*COMPLIANCE*" 57
2.2.1 GOVERNANÇA CORPORATIVA 57
2.2.1.1 *COMPLIANCE* 59
2.3 GESTÃO COM USO DE FERRAMENTAS COMPUTACIONAIS 60
2.3.1 SISTEMAS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO 60
2.3.2 Gestão Eletrônica de Documentos - GED 61
2.3.3 Processos e Modelagem de Processos 64
2.3.4 Sistema informatizado de gestão de processos – *workflow* 66

3. METODOLOGIA DA PESQUISA 69
3.1 ESCOLHA E DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA 69
3.2 DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA E PROCESSO INVESTIGATIVO 73
3.2.1 Fase Exploratória 74
3.2.2Fase da Pesquisa Aprofundada 74
3.2.2.1 O levantamento bibliográfico 75
3.2.2.2 Mapeamento de ferramentas de tecnologia da informação 75
3.2.2.3 ESCOLHA DA FERRAMENTA DE *WORKFLOW* E GED 79
3.2.2.3 Implantação Piloto operacional 80
4. RESULTADO DA PESQUISA 86
4.1 FASE DA AÇÃO 90
4.2 FASE DA AVALIAÇÃO 90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA 93
5.1 PROPOSIÇÃO DE MODELO 93
5.2 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURAS 94

REFERÊNCIAS 95

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – FLUXO DE LIBERAÇÃO DE GUIAS 113
ANEXO A – RESOLUÇÃO NORMATIVA RN 259 115
ANEXO B – RESOLUÇÃO NORMATIVA RN 323 127
ANEXO C – RESOLUÇÃO NORMATIVA RN 388 133
ANEXO D – RESOLUÇÃO NORMATIVA RN 395 154

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o setor de saúde suplementar no Brasil movimentou no ano de 2015 mais de R$ 100 bilhões em receitas de mensalidades (ANS, 2016). Ainda conforme dados da ANS, existem em operação mais de 1.100 operadoras de saúde, com aproximadamente 50 milhões de clientes de planos de assistência médica e mais de 20 milhões de clientes em planos exclusivamente odontológicos. Entretanto, apesar do significativo volume financeiro deste mercado e a existência de um potencial de crescimento na quantidade de clientes, a administração de operadoras de saúde torna-se uma tarefa complexa devido a frequente regulação pelo Estado, pela competividade do próprio setor e com o constante aumento do custo operacional e elevada relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contraprestações, relação conhecida como sinistralidade (IESS, 2016; dos Santos, Malta, & Merhy, 2008).

A sinistralidade, acima dos patamares desejados pelas operadoras de saúde, junto com o cenário econômico atual do Brasil, onde a expectativa de inflação anual está acima de 7% com previsão do PIB recuar 3,33% em 2016 (Banco Central, 2016a; Banco Central, 2016b; Valor Econômico, 2016), indicam para uma necessidade das operadoras desenvolverem modelos eficientes de gestão, tornando-as competitivas e consolidadas (Ferreira, Matos, Matos, Bugarim, & de Queiroz Machado, 2015). Neste mesmo sentido a Agência Nacional de Saúde Suplementar ressalta a relevância da gestão eficiente em toda forma de processos desenvolvidos na organização e, não somente aqueles considerados como técnicos assistenciais (Salvatori & Ventura, 2012b; ANS, 2007).

A ANS por meio de um conjunto de indicadores monitora a operação do setor de saúde, que são publicados periodicamente, pela própria ANS, com o objetivo de ajudar aos consumidores na avaliação do desempenho das operadoras de planos privados de saúde. Entre os índices apresentados há o índice de reclamações, o qual é calculado considerando a relação entre o total de reclamações e o total de clientes, de uma operadora no período de avaliação, permitindo comparar a atuação das diversas operadoras.

O índice de reclamações também é utilizado pela ANS para analisar a qualidade dos serviços prestados que, em casos extremos, pode levar à punição administrativa ou realização de uma intervenção na operadora (Salvatori & Ventura, 2012b; ANS, 2016).

Além da avaliação por meio de índices, foi criado pela ANS um procedimento chamado Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), o qual permite à agência reguladora intermediar e mediar conflitos entre os consumidores de planos de saúde e as operadoras de saúde. A NIP visa proporcionar a resolução dos conflitos entre consumidores e operadoras de forma mais rápida e eficiente. Em um processo de notificação de intermediação preliminar, se realmente o beneficiário tiver razão em sua reclamação, a operadora poderá responder processo administrativo junto à Agência Reguladora e eventualmente ser autuada e receber multa.

1.1 APRESENTAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 ficou conhecida como “Constituição Cidadã” dada à valorização dos direitos fundamentais, entre eles o direito à saúde que é elencado no artigo 6º e estabelece que a saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, assegurando a universalidade, a integralidade e a equidade do sistema, entretanto existe a dualidade público-privado dentro do sistema de saúde brasileiro (Ferreira et al., 2015).

A lei de número 9.961, de 28 de janeiro de 2000, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que é uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, que tem por missão regulamentar o setor de saúde suplementar, criar indicadores de qualidade e promover a defesa do interesse público na assistência suplementar, contribuindo assim para o desenvolvimento das ações de saúde no país, assim como fazer a regulamentação do setor de saúde suplementar e criar indicadores de qualidade para promover o desenvolvimento das ações de saúde no país (Brasil, 2000; ANS, Portal, 2016; ANS, 2015a; Ferreira et al., 2015).

A regulação do setor de saúde suplementar ressalta a importância da gestão em toda ordem de processos desenvolvidos na organização e, não somente aqueles tidos como técnicos assistenciais. Este índice de reclamação é publicado mensalmente, pela própria ANS, com o objetivo de ajudar aos consumidores na avaliação do desempenho das operadoras de planos privados de saúde. Este índice é calculado considerando a relação entre o total de reclamações e o total de clientes, de uma dada operadora no mês, permitindo comparar a atuação das diversas operadoras além de ser um dos indicadores utilizados por este órgão para analisar a qualidade dos serviços prestados que em casos extremos pode levar à realização de uma intervenção ou punição administrativa a uma dada operadora (ANS, Portal, 2015; ANS, 2015b).

Entre os índices apresentados pela a ANS o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) é um índice composto por um conjunto de variáveis que demonstra a qualidade de uma operação em saúde complementar. O IDSS é composto pela composição de quatro outros indicadores: (i) Atenção à Saúde - índice da qualidade da assistência prestada pelas operadoras aos seus clientes, quesito que equivale a 40% da composição da nota; satisfação do cliente 20%, estrutura e operação da empresa 20% e aspectos econômico-financeiros 20% (ANS, Portal, 2015; ANS, 2015a).

O IDSS é publicado, periodicamente, com o objetivo de ajudar aos consumidores e demais interessados na avaliação do desempenho das operadoras de planos privados de saúde, além de permitir comparar a atuação e a qualidade das diversas operadoras (ANS, 2015b; ANS, Portal, 2015).

Além da avaliação e cálculo do índice de qualidade, existe na ANS um procedimento chamado Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), que permite à agência reguladora intermediar e mediar conflitos entre os clientes de planos de saúde e as operadoras de saúde.

Pela ótica do beneficiário, a NIP permite um processo de avaliação mais rápida de uma reivindicação em relação a um plano de saúde, podendo ter os procedimentos solicitados atendidos sem a necessidade de longos processos administrativos, junto à própria agência reguladora ou por meio de medidas legais.

Por outro lado, nas operadoras, cria-se a necessidade de gerenciar e organizar processos e procedimentos para atender rigidamente os prazos de respostas, no caso de recebimento de uma NIP, possibilitando que a operadora possa organizar de forma rápida toda a documentação necessária para responder ao questionamento da ANS, tais como contratos, guias e demais documentos, tempestivamente.

Segundo informações da ANS (ANS, 2015b), as principais reclamações dos clientes de planos de saúde perante à ANS em sua maioria passam pela gestão de processos nas centrais de atendimentos. Com isso inferem-se duas premissas (i) antes de uma NIP há um processo que passa pela central de atendimento, e (ii) para responder uma NIP a operadora deve coletar uma série de informações e documentos, de diferentes departamentos, principalmente dos processos solicitados pelo beneficiário por meio da central de atendimento.

As demandas dos clientes de uma operadora de saúde podem ser processadas como em uma linha de montagem, onde cada passo no processo é simples e especializado. Uma pessoa pode inserir dados, a próxima pessoa pode verificar informações administrativas, o próximo pode verificar indicações médicas e carências. Essa ideia de processo como um fluxo de trabalho, com uma demanda de entrada ("*input*") e um conjunto de tarefas as quais seguem uma sequência determinada, terminando com o resultado claramente definido ("*output*"), vem da tradição da engenharia (Gonçalves, 2000).

A gestão de processos de negócio ou *Business Process Management* (BPM), é uma disciplina, ligada à Tecnologia da Informação, a qual permite as organizações realizarem a identificação, o desenho, a documentação, o controle e a execução de processos de negócio, além de permitir criar indicadores para medir, monitorar e controlar estes processos, com a finalidade de alcançar os resultados pretendidos e alinhados com as metas estratégicas de uma organização ("Cbok v3.0", 2013).

Conforme a Associação Internacional de Gerenciamento de Processos de Negócios, a ABMP (*Association of Business Process Management International*) os processos de gerenciamento, assim como os processos de suporte, não agregam valor diretamente para os clientes, mas são necessários para assegurar que a organização opere de acordo com seus objetivos e metas de desempenho.

A análise e o redesenho de um processo permite a introdução segura de regras, tempos e papéis funcionais no ambiente organizacional (Kipper, Ellwanger, Jacobs, Nara, & Frozza, 2011). Ainda Kipper (2011) salienta que a modelagem dos processos consiste em redesenhá-los, com a finalidade de colocar o processo mapeado em um molde ideal, atingindo, dessa forma, os resultados esperados.

O modelo ou desenho ideal de um processo de negócio é alcançado com base nas orientações corporativas, em boas práticas e observando propostas de melhorias dos envolvidos nos processos, observando critérios como melhor produtividade e eficiência. Quanto mais automatizados forem os processos, mais facilmente será possível a coleta de dados e indicadores. Por outro lado, em processos não automatizados, algumas informações podem não estar disponíveis ou ainda, serem informações desatualizadas e não confiáveis (Soares, 2012).

A despeito do negócio central de uma operadora de saúde ser ofertar aos seus clientes, também chamados de beneficiários, assistência à saúde por meio do acesso a serviços e profissionais da área médica, especial atenção deve ser dado ao controle, produtividade e qualidade dos processos de atendimento de demandas dos beneficiários, pois estes atendimentos são de fato os principais pontos de relacionamento com a operadora. Este relacionamento pode alterar a percepção de qualidade por parte dos beneficiários que, em casos extremos, ao sentirem que não tiveram suas demandas devidamente atendidas podem buscar órgãos de proteção ou órgãos reguladores, neste caso expondo a operadora à medidas administrativas (Salvatori & Ventura, 2012b; ANS, Portal, 2015).

Estudos apontam que existe relação entre aumento de qualidade e aumento de produtividade em empresas de serviços (Terziovski & Samson, 1999; Costa, 2015), entretanto, não foi encontrado consenso na literatura acadêmica sobre a quantidade de critérios que compõem a qualidade em serviços, desta forma infere-se que cada empresa deve definir, com base no seu segmento e nas regulações do setor, o conjunto de critérios a ser analisado para compor a visão de qualidade dos serviços que são prestados.

A implantação de sistemas de qualidade pressupõe informações sobre o desempenho de seus produtos, processos, índices de reclamações de beneficiários e o percentual de retrabalho. Ressalta-se que possuir informações sobre os processos para a gestão e a melhoria do desempenho, de maneira organizada e fidedigna, é o novo desafio das operadoras de saúde (Greef, 2013; Pinto, Sena, & Soares, 2013).

Portanto, para garantir a efetivação das demandas, obter índices de produtividade, permitir o controle dos indicadores de eficiência e prover as informações para os gestores e para os órgãos reguladores da saúde, faz-se necessário um sistema informatizado de gestão de processos, visando o enfrentamento dessa tendência de elevação dos custos despendidos pela população assistida (Guimarães, Soares, Júnior, & Medeiros, 2015; dos Santos Carnasciali & Bulgacov, 2014).

1.2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A regulação do setor, a necessidade de redução de custos e de gerenciamento do atendimento nas empresas de saúde suplementar (Rieg, Scramim, & Del Roio, 2014), motivaram a realização do estudo com foco na apresentação do processo de formulação de estratégias de operações de atendimento a demandas dos beneficiários e da ANS.

O descumprimento de prazos máximos para agendamento de consultas, exames e cirurgias; negativa de autorização para realização de procedimentos; dificuldades para recebimento de reembolso; aplicação de reajustes indevidos; e rescisão unilateral de contrato, entre outros são exemplos da tipologia de reclamações que chegam até a ANS (ANS, 2015b; ANS, Portal, 2015). O índice de Abertura de Processo Administrativo (IAP) 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.

É importante destacar que a ANS, por meio da Resolução Normativa 323 (RN323), determina que as operadoras de saúde tenham ouvidorias vinculadas às suas estruturas organizacionais (ANS, 2013a). De acordo com esta resolução, a Ouvidoria deverá acolher as manifestações dos beneficiários, tais como elogios, sugestões, consultas e reclamações, visando resolver conflitos que surjam no atendimento ao público, além de subsidiar o aperfeiçoamento dos processos de trabalho da operadora, buscando sanar eventuais deficiências ou falhas em seu funcionamento (ANS, 2013a; ANS, Portal, 2015; ANS, 2016).

A Resolução Normativa de número 395 de 2016 (ANS, 2016a) preconiza que as operadoras devam manter um sistema de tecnologia da informação que permita manter o histórico a rastreabilidade de relacionamento com os beneficiários e as eventuais solicitações e demandas. A Tecnologia da Informação (TI) pode ser definida como o conjunto de recursos tecnológicos, computacionais e profissionais para uso e geração de informação eletrônica (Rezende, Silveira, & Pádua, 2013) sendo que pode ser utilizado de forma sistêmica ou esporádica, quer esteja aplicada ao produto quer esteja aplicada ao processo (Romeiro, Nascimento, & de Andrade, 2014).

Turban (2005) descreve Sistema de Informação como um sistema capaz de coletar, processar, armazenar, analisar e disseminar informações para atender um propósito específico, que armazenam e fornecem informações úteis para a tomada de decisão, à vista disso infere-se que a tecnologia da informação permeia a cadeia de valor em todos os seus elos, transformando a maneira como as atividades de valor são realizadas e a natureza das ligações entre essas atividades, entretanto é importante ressaltar que a adoção de um sistema informatizado de gestão, assim como qualquer sistema de TI, por si só não promove a disseminação do conhecimento sem um projeto de mudança na cultura da organização (Porter & Millar, 1985; Pradella, 2013).

Assim como em outros tipos de organizações, no setor da saúde a complexidade dos processos exige gerenciamento alinhado com os objetivos empresarias e o tipo de serviço a ser entregue ao cliente. Não sendo cabível uma dissociação de processo e negócio (ABPMP, 2013).

De acordo com Raitoharju e Laine (2006), a aceitação dos sistemas de tecnologia é um dos fatores críticos de sucesso para a obtenção dos benefícios esperados a partir dos investimentos com esse tipo de tecnologia.

Sistemas de informação em conjunto com outras tecnologias emergentes, como dispositivos móveis e internet, criaram condições favoráveis para a criação, disseminação e partilha das informações em uma organização. Porém é necessário que esta tecnologia seja utilizada em favor do negócio (Araújo, 2012).

Ainda segundo Araújo (2012) os gestores das organizações precisam se adaptar aos novos tempos e trabalhar de forma eficaz com as informações, buscando desempenho e inovação, criando um diferencial competitivo em relação ao mercado.

1.3 QUESTÃO DE PESQUISA

O processo de avaliar os resultados de um sistema de informação como estratégia para a melhoria da produtividade, gestão e garantia de prazos no atendimento a demandas de beneficiários com consequente redução do risco de notificação preliminar (NIP) e possíveis danos decorrentes de multas, nas operadoras de saúde, tem uma lacuna na literatura, portanto este estudo tem como principal questão de pesquisa "Como atender demandas dos beneficiários de uma operadora de saúde suplementar com maior eficiência e maior controle?"

1.4 OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo Geral da Pesquisa (Gil, 2002):

> "os objetivos gerais são pontos de partida, indicam uma direção a seguir, mas, na maioria dos casos, não possibilitam que se parta para a investigação. Logo, precisam ser definidos, esclarecidos, delimitados (...) surgindo os objetivos específicos da pesquisa"; Gil (2002, p. 111)

1.4.1 – OBJETIVO GERAL

O objetivo geral desta pesquisa é propor a utilização de sistemas de tecnologia da informação como estratégia para atender demandas dos beneficiários de uma operadora de saúde suplementar, com maior eficiência e maior controle.

1.4.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para melhor delimitar o estudo, o objetivo geral será subdividido em objetivos específicos em conjunto com a resposta a questão de pesquisa, por consequência espera-se também, como objetivos secundários:

1- Revisão teórica com detalhamento e entendimento das normativas do setor para a área de atendimento aos beneficiários.

2- Elaboração de um modelo de gestão para atender demandas de beneficiários.

3- Construir um modelo de gerenciamento de documentos aderentes às normativas da ANS.

1.5 RELEVÂNCIA DO TEMA E JUSTIFICATIVAS PARA PESQUISA

A regulação do setor, os custos operacionais, a melhoria nos processos de atendimento aos beneficiários nas empresas de saúde suplementar, a importância do setor de saúde suplementar e a escassa literatura acadêmica motivaram a realização do estudo com foco na apresentação do processo de formulação de estratégias de operações (Rieg et al., 2014).

A demora ou a não autorização tempestivamente cria uma imagem negativa no usuário que por sua vez pode, em última instância, formalizar uma reclamação na ANS. As demandas NIP podem significar um alto custo para as operadoras de saúde devido ao valor das multas que são aplicadas pelo não atendimento às exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Por outro lado, relatórios da ANS com as causas das NIP indicam que a melhoria na gestão dos processos de atendimento ao cliente podem prevenir a subscrição de NIP, desta forma faz-se necessário um controle eficaz com rastreamento individual das autorizações que garanta o processamento e finalização das solicitações no seu devido tempo (Salvatori & Ventura, 2012b; Rieg et al., 2014).

Desta forma, este trabalho visa estudar a implantação de um sistema de gestão de processos em central de atendimento como estratégia para aumento de produtividade e redução do risco de notificações da ANS ou autuações, tem relevância na medida que contribui com gestores de operadoras de saúde na busca por soluções adequadas ao cenário mercadológico e com as metas de aprimoramento da metodologia e garantia de atendimento as regulamentações (ANS, 2015b; Salvatori & Ventura, 2012b; Rieg et al., 2014).

No Brasil, normalmente os artigos publicados sobre estratégia de operações objetivam a descrição das estratégias adotadas pelas empresas investigadas e a análise da contribuição desta para o alinhamento estratégico do negócio, entre eles Tisott, Prantz, Malafaia, Tondolo, & Borelli (2016), Moyses Filho (2015), Silva (2003), (Pedroso, 2010) e Picchiai (2008). São raros os trabalhos que apresentam o processo de formulação de estratégias de operações (Salvatori & Ventura, 2012b; Rieg et al., 2014). Por isso, uma das forças motivadoras deste trabalho é a apresentação dos ganhos produtivos e os ganhos competitivos existentes na implantação de um sistema de gestão de processos, assim como sugerir diretrizes que orientem as organizações que planejam avaliar e adquirir este tipo de ferramenta, pois a busca por maior eficiência e qualidade deve ser constante em qualquer empresa, pública ou privada, principalmente no setor de saúde no Brasil onde o segmento enfrenta dificuldades para equilibrar as contas.

Um ponto de destaque é que durante a pesquisa bibliográfica não foram encontrados, em quantidade significativa, artigos específicos sobre atendimento e as notificações de intermediações preliminares (NIP), na literatura acadêmica.

Observando a abordagem metodológica, este estudo caracteriza-se como (a) pesquisa documental e (b) pesquisa aplicada, porque propõe soluções a problemas enfrentados pela organização (Van Aken, 2007), estando direcionado ao melhor funcionamento das organizações (Biancolino, Kniess, Maccari, & Rabechini Jr, 2012), fundamentado em uma revisão de literatura, em ferramentas e técnicas de TI e nas experiências acadêmicas, interdisciplinares e profissionais dos participantes do projeto.

Utilizar-se-á como estratégia a pesquisa-ação, como uma forma de pesquisa social, independente, com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação de implantação do sistema *workflow* com vistas a melhoria da qualidade, a eficiência da central de atendimento da operadora de saúde suplementar e disseminação da informação (Thiollent, 2009; Rocha, 2012).

1.6 ESTRUTURAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Além do capítulo introdutório, já apresentado, este trabalho está estruturado da com os seguintes capítulos:

Capítulo 2 – Revisão da Literatura

Neste capítulo está expressa a revisão bibliográfica que foi utilizada para embasar conceitualmente este trabalho de pesquisa. São apresentados tópicos distintos e sequenciais para cobrir os principais componentes do estudo, que são:

a) Saúde Suplementar no Brasil
   i. Saúde Suplementar
   ii. Agência Nacional de Saúde Suplementar
   iii. Indicadores e Métricas em Processos Operacionais
   iv. Indicadores e Critérios de Qualidade ANS
   v. Central de Atendimento e Liberação de Procedimentos e Internações
   vi. Ouvidoria
   vii. Notificações de Intermediação Preliminar - NIP

b) Governança Corporativa e *Compliance*
   i. Governança Corporativa
   ii. Compliance
   iii. Eficiência Operacional

b) Ferramentas de Gestão baseadas em Tecnologia da Informação
   i. Sistemas e Tecnologia da Informação
   ii. Gestão Eletrônica de Documentos (GED)
   iii. Processos e Modelagem de Processos
   iv. Sistema Informatizado de Gestão de Processos (*workflow*)

Após a conclusão da pesquisa bibliográfica foi possível validar as premissas e as proposições de estudo.

Capítulo 3 – Metodologia de Pesquisa

Neste capítulo está descrita a metodologia de pesquisa utilizada neste trabalho, baseado na estratégia de pesquisa ação, a coleta de informações e evidências e a análise dos dados.

Capítulo 4 – Análise e Interpretação dos Resultados

É apresentado no capítulo 4 a descrição e a explicação dos resultados encontrados no trabalho de pesquisa e a verificação das proposições e constructos que foram formulados.

Capítulo 5 – Considerações Finais e Contribuição para a Prática

Encontram se no capítulo 5 a apresentação dos resultados, ferramentas e condições para o uso deste trabalho em empresas do tipo operadoras de saúde que queiram aumentar a produtividade e a qualidade dos serviços prestados aos seus beneficiários.

Este capítulo apresenta as conclusões e reflexões acerca dos dados analisados sob os critérios e conceitos apresentados no referencial teórico, e qual a aderência dos resultados em função da questão de pesquisa.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

2.1.1 SAÚDE SUPLEMENTAR

O ano de 1923 é tido como o marco do início da Previdência Social no Brasil. A Lei Eloy Chaves, promulgada naquele ano criava as Caixas de Aposentadorias e Pensões para os empregados das estradas de ferro existentes no país (ANS, 2016c). Embora este fato não seja comumente apontado como a origem dos planos de saúde no Brasil, nota-se a semelhança das antigas caixas de previdência com as atuais operadoras de saúde e planos de autogestão.

Com a instalação das indústrias de bens de consumo duráveis durante o governo de Juscelino Kubitscheck (1956-1960), em especial, as indústrias automobilísticas da região do ABC paulista, surge o setor de saúde privado no formato que é conhecido atualmente, visando à assiduidade, integração da força de trabalho e aumento da sua produtividade (Reis, 2014).

No Brasil, entre 1960 e 1969, o Estado viabilizou a expansão dos planos de saúde por meio de mediações com os gastos públicos da assistência médica previdenciária. As medicinas de grupo organizaram-se em torno de proprietários e/ou acionistas de hospitais, assim como a criação de cooperativas médicas. Tais empresas, especializadas na comercialização de planos de saúde, especialmente as empresas de medicinas de grupo, logo ampliaram suas redes de serviços (ANS, 2002).

Entretanto, foi entre 1970 e 1979 que houve a criação de um modelo de atenção médica funcional para o emergente setor privado autônomo, com a constituição das empresas capitalistas do setor e também a contratação de profissionais de medicina sob a consolidação das leis do trabalho - CLT (Reis, 2014), impulsionados por recursos do orçamento federal que foram disponibilizados para reformar e construir hospitais privados e instituições filantrópicas (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2012).

Durante a década de 80, devido à deterioração dos serviços públicos, houve um aumento da demanda dos serviços de saúde privados por empresas e pela população de classe média que passam a recorrer crescentemente aos planos de assistência médica, concomitantemente com um movimento de trabalhadores exigindo, de seus empregadores, planos de saúde desse tipo como diferencial de salário (Reis, 2014), tendo como resultado, já no final da década de 80, a existência de um significante mercado de planos de saúde. Ao mesmo tempo, houve a intensificação da comercialização de planos individuais e a entrada

decisiva de grandes seguradoras no ramo da saúde, consolidando a assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar (ANS, 2002).

Em paralelo neste mesmo período no Brasil, há o aumento do interesse pela saúde pública e a inclusão deste tema na agenda política, principalmente após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, fazendo que especial atenção fosse dada a saúde pública e privada nos trabalhos de elaboração da constituição federal do Brasil de 1988 (Paim et al., 2012).

A Constituição Federal de 1988, além de representar o marco entre o regime militar e a democracia, foi chamada de "Constituição Cidadã" pelo chefe dos trabalhos da assembleia constituinte, o Deputado Ulysses Guimarães, devido à grande quantidade de leis voltadas à área social (Paim, 2013) e com regulação de vários direitos trabalhistas e sociais e à valorização dos direitos fundamentais, entre eles a determinação de que a saúde seja um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, assegurando a universalidade, a integralidade e a equidade do sistema.

Santos, Delduque, & Alves (2016) destacam que os artigos 6º e 196º da Constituição Federal (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988) estabelecem a saúde como direito social, que deve ser garantido pelo Estado a todos que estiverem em território brasileiro, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação:

> “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (...) ao Estado cabe garantir a efetivação de tais direitos (...)”

> “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (...)”

A política de saúde no Brasil compreende a atuação do público (SUS) e do privado (saúde suplementar) e mais ainda, compreende a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado na regulação, fiscalização e vigilância (dos Santos et al., 2016), entretanto existe a dualidade público-privado dentro do sistema de saúde brasileiro (Ferreira et al., 2015), sendo que organizações, empresas e entidades privadas fazem a complementação dos serviços de assistência à saúde mas, conforme disposto no Artigo 197 da Constituição Federal, com a devida regulamentação do Estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988):

> "Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado"

As crises fiscal e financeira do Estado brasileiro combinadas com o alargamento da hegemonia neoliberal da década de 90, favoreceram o aumento da participação do capital privado no modelo assistencial, mostrando a força econômica, política e organizacional das organizações privadas no setor de saúde, resultando no crescimento dos planos privados de assistência no Brasil (Reis, 2014), assim sendo, nesta época começa a ficar evidente a necessidade da dualidade público-privado dentro do sistema de saúde brasileiro como forma de garantir o acesso a saúde, resultando na expansão do mercado com consequente criação de novas empresas e planos de assistência a saúde, pela iniciativa privada (Ferreira et al., 2015).

2.1.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

As agências reguladoras surgiram no Brasil como uma estratégia de desestatização para uma proposta de Reforma do Estado durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). A privatização crescente poderia trazer prejuízos à economia e a população caso não fosse possível realizar a regulamentação e o monitoramento das atividades econômicas privatizadas, por isso houve a necessidade da criação de agências reguladoras para permitir o controle e a intervenção do Estado em atividades econômicas em áreas de concessão de serviços (Salvatori & Ventura, 2012b).

Importante destacar neste contexto a necessidade de criação de agência reguladora na forma de órgão com independência administrativa, financeira, patrimonial e de recursos humanos, com o principal objetivo de afastar eventuais interferências política nas decisões técnicas oriundas desses órgãos (Salvatori & Ventura, 2012a), de forma que estas decisões não sejam políticas ou decorrentes de pressões externas, mas baseadas em questões técnicas (Stingler, Prado, & Mattos, 2004).

A constituição de 1988 já considerava mercado de saúde suplementar, entretanto somente em 1998 houve o marco regulatório do setor de saúde suplementar com a publicação da Lei n. 9.656 (Lei 9656, 1998), que regulamentou os planos privados de saúde no Brasil. Com a estratégia de descentralização da administração por meio de agências reguladores, por meio da publicação da Lei n. 9.961, em 28 de janeiro de 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (Lei 9961, 2000).

> "Art. 4o Compete à ANS (...) XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados (...)
>
> XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (...)
>
> XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento; (...)
>
> XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos; (...)"

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma autarquia, sob regime especial, finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País (Curci, Oliveira, Souza Rangel, & Mendes, 2013; (ANS, 2016c), assim como regulamentar o setor de saúde suplementar, criar indicadores de qualidade e promover a defesa do interesse público na assistência suplementar, contribuindo assim para o desenvolvimento das ações de saúde no país (ANS, 2015; Ferreira et al., 2015).

Até a criação das leis 9.656 e 9.961 as operadoras de planos de saúde tinham livre atuação no mercado, com o mínimo acompanhamento do estado, sendo apenas reguladas pelo órgão da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o setor de saúde suplementar movimentou em 2015 mais de R$ 105 bilhões em receitas de mensalidades (ANS, 2016b). Ainda conforme dados da ANS, no final de 2015 este setor contava com 1.156 operadoras de planos de saúde responsáveis por aproximadamente 50 milhões de consumidores em planos de assistência médica e 21,9 milhões em planos exclusivamente odontológicos, entretanto apesar deste significativo volume financeiro e o potencial de crescimento, o mercado de saúde suplementar no Brasil é competitivo e possui regulamentação pelo governo (Giovanella, Ribeiro, & do Rosário Costa, 2002; IESS, 2016; dos Santos et al., 2008). Por conta da necessidade do equilíbrio entre as despesas assistenciais e as receitas de contraprestações (sinistralidade), o constante aumento do custo operacional e a regulação do setor a administração de operadoras de saúde torna-se uma tarefa complexa.

A ANS é responsável pela aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência a saúde, fiscalização proativa e sobre o termo de compromisso de ajuste de conduta entre as operadoras da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora, suspensão de exercício do cargo e inabilitação temporária para o exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras. O poder normativo da ANS é materializado por meio de Resolução Normativa, também conhecidas como “RN”. Contudo, os textos normativos da ANS devem respeitar os limites da Lei que a criou, neste sentido, existe a realização das consultas públicas pela Agência, em etapa anterior à publicação de normativos, permitindo a participação da sociedade e de empresas do setor na elaboração dos atos normativos (Salvatori & Ventura, 2012a).

2.1.3 INDICADORES E MÉTRICAS EM PROCESSOS OPERACIONAIS

A literatura acadêmica apresenta diversos entendimentos sobre o termo indicadores, não obstante todos possuem alguma similaridade em seus conceitos. Segundo Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009) indicador é um recurso metodológico que apresenta empiricamente sobre a evolução do aspecto observado, entretanto, para efeito deste trabalho, será utilizada a definição de Jacques, Milanez e Mattos (2012) que indicador é uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotado de significado particular o qual e utilizado para captar e organizar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto observado. Os indicadores representam mais do que um conjunto de dados, pois adicionam significados aos mesmos convertendo-os em informações a serem usadas pelos tomadores de decisão (Jacques et al., 2012).

Os indicadores possuem funcionalidade descritiva ao aportar informação sobre uma determinada situação ou processo, uma função de valor ou avaliativa que permite a faculdade de juízo sobre o fato e a avaliação de resultados. Consequentemente, os indicadores são amplamente utilizados na gestão das organizações e, em específico das centrais de atendimento, por permearem todo o ciclo do processo, sendo prévios no diagnóstico da situação; durante o atendimento para monitoramento e avaliação da execução, revisão do planejamento e correção de desvios; e posterior ao atendimento no controle e avaliação dos resultados nos usuários do plano de saúde e dos impactos verificados na operadora (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010).

A escolha dos indicadores depende da natureza dos objetivos, indicadores operacionais, para a avaliação da operação e produtividade diária e indicadores estratégicos com a visão da operação em longo prazo. Os sistemas de avaliação de desempenho são um conjunto articulado de indicadores de desempenho que permite realizar a gestão e a tomada de decisões gerenciais, a partir do seu acompanhamento (Paim, Caulliraux, & Cardoso, 2009).

Para tornar um gerenciamento de processo eficiente é necessário identificar e utilizar os indicadores os quais melhor traduzem os resultados e os esforços realizados e que estão relacionados com a estratégia de negócio e monitoração de produtividade. A lógica de seleção de índices de avaliação deve resultar no reconhecimento do comportamento que esteja alinhado com a gestão de processos e com a gestão organizacional. Neste ponto, a modelagem do processo, ao explicar a forma como o trabalho é executado, torna fácil a identificação dos melhores indicadores de desempenho a serem utilizados.

A organização concentrar-se na agilidade das funções que possui, bem como o desempenho geral e o controle de seus produtos e serviços (Pinto et al., 2013).

O indicador não deve ser usado somente na contagem de atributos de variáveis, pois deve, também, transformar os dados colhidos em informações úteis para se orientar o processo de decisão (Campos & Santiago Jr, 2002).

As organizações necessitam de indicadores com diferentes características de ambiente e desempenho organizacional para atingir a eficiência e eficácia não somente em termos financeiros, mas também operacionais (Pinto et al., 2013). Os indicadores de desempenho devem ser utilizados como ferramenta de gestão para realizar a medição e a monitoração do nível de desempenho e sucesso, tornando-se indicadores chave de desempenho ou KPI, acrônimo do inglês "*Key Performance Indicator*". Os indicadores chave de desempenho podem ser utilizados como ferramentas de avaliação do desempenho para balizar a tomada de decisões (Pinto et al. , 2013), assim como utilizados como instrumentos de monitoramento da eficiência de processos. No que diz respeito às operadoras de saúde os dados que compõe os indicadores da ANS podem ser tomados como base, além da criação de novos indicadores para nortear ações estratégicas e técnicas.

A eficiência do processo é o atendimento de metas pré-estabelecidas como finalização de tarefas dentro do prazo estabelecido e realização de uma quantidade de tarefas em um tempo acordado. Assim, a escolha de um KPI depende da compreensão do que é importante para a organização como visão estratégica. Para obter as melhores informações a respeito da atuação organizacional, é necessário medir a eficiência, a eficácia e a efetividade da mesma, por isso antes de definir os indicadores que serão usados é necessário ter claro os objetivos destas medições (Pinto, Sena & Soares, 2013).

Os indicadores que representam determinado processo sinalizam como ele se encontra e mostram aos gestores como as tarefas estão sendo desenvolvidas e o estado ou o estágio das várias etapas de um dado processo, cabendo aos gestores decidir quais ações serão tomadas a partir da análise. Devem ser eleitos como KPIs os indicadores cujo atingimento seja capaz de alinhar a empresa com a sua visão e objetivos estratégicos.

Considerando sua natureza mensurável o indicador relevante para uma organização deve seguir a lógica "SMART", acrônimo em Inglês para indicar que o indicador deve ter cinco características: 1- *Specific*, o indicador deve ter um propósito específico de forma clara e objetiva; 2- *Measurable* , ser mensurável; 3- *Achievable*, ser alcançável para os colaboradores e equipes que estão envolvidos no processo; 4- *Relevant*, ser relevante para o sucesso organizacional e 5- *Time*, ter um contexto temporal determinado previamente (Kerzner, 2013; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010).

O indicador não deve se limitar à contagem de atributos de variáveis, pois deve também, transformar os dados existentes em informações úteis para orientar o processo de decisão dos gestores (Campos & Santiago Jr, 2002).

Os indicadores selecionados podem ser apresentados para a equipe e para a organização de duas formas em relação ao tempo de mensuração, na forma de relatórios de um dado período de tempo como, relatórios de produtividade mensais ou semanais, ou apresentados em tempo real, com as indicações da operação. As informações em tempo real são especialmente úteis na gestão operacional e tática em que ações corretivas podem ser realizadas para alinhamento em função das metas e objetivos determinados. As informações em tempo real podem ser apresentadas em painéis eletrônicos, monitores ou telas, distribuídas em pontos estratégicos para alertas e comunicação com a equipe, chamados de *dashboards* (Oliveira, Motta & Oliveira, 2012).

Os atendimentos assistenciais devem obedecer as regras e os prazos indicados na RN 259, publicada em junho de 2011 pela ANS (ANS, 2011), desta forma é necessário a criação de indicadores de prazos para cada solicitação recebida cujo motivo tenha um prazo definido pala ANS, sendo estes indicadores também informações de nível de serviço. O acordo de nível de serviço, ou SLA (acrônimo do termo em inglês *Service Level Agreement*) é o conjunto de indicadores de prazos máximos aceitáveis para a execução de um serviço (Nascimento & Gabry, 2016). No caso das operadoras de saúde, o SLA dos processos que envolvem atendimento as demandas de beneficiários devem respeitar a RN 259, que determina os prazos máximos para cada tipo de solicitação assistencial.

2.1.4 INDICADORES E CRITÉRIOS DE QUALIDADE DA ANS

Os critérios e dimensões de qualidade no setor de serviços, especialmente pela característica de subjetividade e aspectos pouco ou até mesmo intangíveis, torna-se ainda mais difícil descrever o processo de avaliação pelo cliente. Estudos apontam que existe relação entre aumento de qualidade e aumento de produtividade em empresas de serviços (Terziovski & Samson, 1999), entretanto, não existe consenso na literatura sobre o número de critérios que compõem a qualidade em serviços.

A regulamentação precisa e eficiente é necessária para o equilíbrio do mercado de saúde suplementar, tanto em benefício do prestador do serviço quanto do consumidor deve nortear o setor de saúde (Rodrigues, 2014), da mesma forma que a transparência, por isso, desde a sua criação a ANS vem ampliando a disponibilidade de informações por meio de diversos periódicos, entre eles a divulgação da qualificação ANS, uma iniciativa que visa avaliar os resultados e a qualidade da assistência prestada. Infere-se que a regulação do setor de saúde suplementar ressalta a importância da gestão em toda ordem de processos desenvolvidos na organização e, não somente aqueles tidos como técnicos assistenciais.

Com esta regulamentação a ANS visa padronizar produtos e serviços, assim como a padronização das informações trocadas por todo ecossistema de saúde, no que tange a terminologia, a estrutura e os componentes de tecnologia da informação. A partir desta padronização e as informações recebidas a ANS pode manter mecanismos de avaliação de qualidade nos serviços prestados (ANS, 2015; ANS, 2015a).

Neste contexto, em dezembro de 2004, foi apresentado o projeto de qualificação, entendido como um projeto global, por avaliar as várias dimensões do funcionamento do setor, como dimensão assistencial, econômica, estrutura e operação e a satisfação dos beneficiários (dos Santos et al., 2008). Para cada uma das dimensões, foram eleitos indicadores que recebem uma pontuação de acordo com o nível de alcance da meta estabelecida (dos Santos et al., 2008).

Segundo a ANS o Programa de Qualificação das Operadoras visa construir e manter um mercado de saúde suplementar cujo principal objetivo seja a saúde da população assistida, por meio de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (ANS, 2015f).

A ANS, por meio da RN 139, de 24 de Novembro de 2006 instituiu o Programa de Qualificação do setor de Saúde Suplementar, como parte integrante da política de qualificação das operadoras, visando construir metodologias transparentes de avaliação, cujo principal interesse seja a produção da saúde, com a realização de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e nos princípios de qualidade, integralidade e resolutividade. A RN 139, sendo esta alterada pela RN 282 e posteriormente substituída pela resolução normativa RN 386 (ANS, 2015f).

A resolução normativa RN 386 foi publicada em 9 de outubro de 2015, dispõe sobre o Programa de Qualificação das Operadoras que consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos esperados no desempenho de áreas, organizações e serviços relacionados ao setor de saúde suplementar, com a avaliação de desempenho das operadoras, denominada qualificação das operadoras (ANS, 2015f).

> "(...) Art. 5º A avaliação de desempenho das operadoras é expressa pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora – IDSS (...)".

> "(...) Art. 6º O IDSS é calculado por meio de um conjunto de indicadores definidos pela ANS e permanentemente avaliados para o aprimoramento do Programa de Qualificação das Operadoras (...)"

A base de cálculo do IDSS conforme a resolução normativa RN 282 era composto pela avaliação da assistência prestada pelas operadoras aos seus beneficiários (Atenção à Saúde), quesito que equivale a 40% da composição da nota, além de indicadores de satisfação do cliente (20%), estrutura e operação da empresa (20%) e aspectos econômico-financeiros (20%) (ANS, Portal, 2015; ANS, 2015a).

Pela redação da resolução normativa RN 386 o cálculo do IDSS passa a ter seu valor calculado a partir do somatório dos índices de desempenho da dimensão de forma ponderada, sendo, conforme indicado em seu artigo 12 (ANS, 2015f):

> "I – 25 % (vinte e cinco por cento) para a dimensão da qualidade em atenção à saúde;
> II –25 % (vinte e cinco por cento) para a dimensão de garantia de acesso;
> III–25% (vinte e cinco por cento) para a dimensão de sustentabilidade no mercado; e
> IV–25 % (vinte e cinco por cento) para a dimensão de gestão de processos e regulação."

Importante ressaltar a mudança entre a base de cálculo do IDSS, entre a resolução normativa RN 282 de 2011 e a resolução normativa RN 386 de 2015, onde a estrutura e situação financeira da empresa passam a ser consideradas na dimensão de sustentabilidade no mercado e a criação de uma dimensão para a avaliação de gestão de processos e regulação, ressaltando a necessidade da melhor gestão de todo o tipo de processos na operadora.

Além do IDSS é publicado mensalmente, pela própria ANS, o índice de reclamações com o objetivo de ajudar aos consumidores na avaliação do desempenho das operadoras de planos privados de saúde. Este índice é calculado considerando a relação entre o total de reclamações e o total de beneficiários, de uma dada operadora no mês, permitindo comparar a atuação das diversas operadoras além de ser um dos indicadores utilizados por este órgão para analisar a qualidade dos serviços prestados que em casos extremos pode levar à realização de uma intervenção ou punição administrativa a uma dada operadora (ANS, 2015b; ANS, 2015).

De forma complementar ao IDSS a partir de setembro de 2015 a ANS adotou novos índices para quantificar as reclamações que chegam a ANS, visando possibilitar ao consumidor fazer uma comparação na atuação das diferentes operadoras de planos de saúde.

Os índices são calculados a partir de reclamações, registradas na ANS, e tem por finalidade dar transparência a informações sobre as queixas registradas por consumidores junto aos canais de relacionamento da ANS, além de também possibilitar à sociedade ter ciência de que forma as operadoras de planos de saúde se comportam perante estas demandas (ANS, 2016). Em relação as reclamações recebidas, são disponibilizados três indicadores que permitem comparar a atuação das empresas que atuam no setor de saúde suplementar:

IGR - ÍNDICE GERAL DE RECLAMAÇÕES: Número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, nos últimos três meses. O índice é apresentado tendo como referência cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos últimos três meses e classificadas até a data de extração do dado.

$$IGR = \frac{\text{Reclamações (RVE* + Inativas + Não Procedentes + Núcleo)}}{\text{Média do número de beneficiários}} \times 10.000$$

Onde:

RVE:	Reclamações com Resolução Voluntária Eficaz
Núcleo:	Reclamações no Núcleo Regional ANS
Não Procedentes:	Reclamações não Procedentes
Inativas:	Reclamações Inativas

PFA - PERCENTUAL DE FINALIZAÇÃO ASSISTENCIAL: Percentual de demandas NIP Assistencial que foram resolvidas, consensualmente, entre beneficiários e operadoras. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos últimos três meses e classificadas até a data de extração do dado.

$$PFA = \frac{\text{Reclamações assistenciais finalizadas (RVE + Inativas + Não Procedentes)}}{\text{Total de Reclamações assistenciais (RVE + Inativas + Não Procedentes + Núcleo)}} \times 100$$

Onde:

RVE:	Reclamações com Resolução Voluntária Eficaz
Núcleo:	Reclamações no Núcleo Regional ANS
Não Procedentes:	Reclamações não Procedentes
Inativas:	Reclamações Inativas

IAP - ÍNDICE DE ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO: Número médio de demandas NIP Assistencial e Não-Assistencial com indicativo de infração que foram encaminhadas para abertura de processo administrativo nos Núcleos da ANS, nos últimos três meses. As reclamações classificadas como NIP Não-Assistencial – diferentemente das classificadas como Assistenciais – não passam por uma análise prévia antes de serem encaminhadas para o Núcleo. O índice é apresentado tendo como referência cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado

$$IAP = \frac{\text{Demandas NIP assistenciais e não assistencial encaminhadas ao núcleo}}{\text{Média de número de beneficiários}} \times 10.000$$

A ANS disponibiliza informações dos índices no formato de gráficos sobre o desempenho do setor e das operadoras, a natureza e os temas das demandas e um *ranking* com o total de operadoras por segmentação (médico-hospitalar ou odontológica) e segmentado pelo porte (pequeno, médio e grande), além da consulta individualizada por operadora. Com atualização mensal, os indicadores têm como base os dados de beneficiários e reclamações, por temas. Uma das formas de consulta é por meio da sala de situação da ANS, que pode ser acessado por meio da internet, conforme exemplificado na figura 1.

Figura 1 – Sala da Situação ANS
Fonte: ANS (ANS, 2016g)

Destaca-se que um sistema de gestão da qualidade quando implementado corretamente pode resultar em um aumento da participação da empresa no mercado, em uma crescente satisfação dos clientes e em um aumento progressivo de qualidade nos produtos e serviços (Costa, 2015).

2.1.5 CENTRAL DE ATENDIMENTO E LIBERAÇÃO DE GUIAS

A política nacional de relações de consumo tem por objetivo garantir o respeito à dignidade dos consumidores, atendimento das suas necessidades, segurança, proteção de seus interesses econômicos e a melhoria da qualidade de vida, enfim, objetiva a harmonia das relações entre fornecedores e consumidores. Com a promulgação do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8078, 1990), as empresas passam a estruturar centrais de atendimento com infraestrutura tecnológica, física, e com equipe de pessoas qualificadas com o objetivo de centralizar os contatos e demandas de seus clientes, seja por telefone ou outros meios. Com estas centrais de atendimento o serviço de atendimento ao cliente evoluiu passando também a oferecer, além da interação e relacionamento com o cliente, serviço de atendimento a reclamações, pesquisas de mercado, solicitações, serviços, retenção de clientes, vendas e no caso das operadoras, liberação de procedimentos (Friedemann, Sato, & Albrecht, 2014).

O decreto de número 6.523 de 2008 (Decreto 6.523, 2008), conhecida como “lei do SAC”, regulamenta a lei número 8.078, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC), com a intenção de garantir direitos básicos ao consumidor, para que este possa obter informações adequadas e objetivas sobre os serviços e produtos fornecidos pela empresa, assim como, proteger os consumidores contra práticas abusivas impostas no fornecimento desses serviços (Lei 8078, 1990). As centrais de atendimento das operadoras de saúde devem estar adequadas a este decreto.

O nome “central de atendimento” é utilizado para referenciar as centrais de atendimento telefônico e de relacionamento com o cliente, entretanto é comum no mercado a utilização do termo “*Call Center*”, para centrais de atendimento telefônico e a utilização do termo “*Contact Center*” para designar centrais de relacionamento multimídia, ou seja, centrais de relacionamento por meio do uso de voz (telefone) e de canais eletrônicos como, por exemplo, o FAX (*fac-simile*), correio eletrônico (*e-mail*), *chat* e redes sociais.

As centrais de atendimento das operadoras de saúde devem estar preparadas para responderem as demandas e questões denominadas informações gerais em saúde suplementar, que foram definidas pela ANS por meio da RN 395, que entrou a vigor em maio de 2016. Esta normativa estabelece uma série de regras para o atendimento a beneficiários, entre elas regras para o atendimento telefônico, atendimento presencial, formato do protocolo para rastreamento de demandas, além de determinar que sejam esclarecidas prontamente quaisquer dúvida sobre contrato, cobertura, reajuste de mensalidade e demais questões de natureza geral

que não necessitem de acesso ao contrato do consumidor para serem transmitidas (ANS, 2016a).

Um dos principais indicadores de uma central de atendimento é o tempo médio de atendimento (TMA), que é razão entre o tempo total efetivamente utilizado para os atendimentos em uma operação e o total de chamadas ou requisições realizadas no período (Monteiro, 2007), desta forma quanto menor o TMA mais atendimentos podem ser realizados por um operador/atendente em um dado período de tempo.

Qualquer que seja o canal utilizado para o beneficiário realizar sua demanda, a equipe envolvida na central de atendimento da operadora precisa ter a sua disposição um sistema que ofereça as informações dos beneficiários, informações sobre a solicitação feita, solução dada e documentos inerentes à demanda solicitada, nos prazos preconizados pela ANS (ANS, 2011, ANS, 2016a).

2.1.5.1 RETAGUARDA (*BACKOFFICE*) E LIBERAÇÃO DE GUIAS

Algumas demandas como liberações de guias, autorizações para procedimentos, internações e outros serviços são realizadas por uma equipe de apoio, também chamada de retaguarda ou "*backoffice*". Tanto as demandas de primeiro nível recebidas pela central de atendimento quanto as demandas recebidas e processadas pela equipe de "*backoffice*" precisam ser atendidas imperativamente dentro dos prazos preconizados pela ANS como, por exemplo: a RN 259 que estabelece prazos de máximos para assistência; a RN 323 que determina a criação de ouvidoria; a RN 388 que determina os procedimentos para a notificação de intermediação preliminar, e; a RN 395 que determina regras sobre como realizar o atendimento à demandas. Estas normativas serão mais detalhadas na sequencia deste trabalho e também serão apresentadas como anexos.

Embora o negócio central de uma operadora seja ofertar aos seus beneficiários assistência à saúde, por meio do acesso a serviços e profissionais de saúde, especial atenção deve ser dada ao controle, produtividade e qualidade da central de atendimento e do departamento de liberação de guias (autorizações), pois estes são de fato os pontos de relacionamento entre a operadora e seus beneficiários, o que pode em uma primeira avaliação alterar a percepção de qualidade dos serviços.

Na liberação de guias e autorizações caso os beneficiários não sintam que suas demandas foram devidamente atendidas poderão registrar reclamações em órgãos de defesa do consumidor ou na ANS afetando os índices de qualidade da operadora (Salvatori & Ventura, 2012; ANS, 2015).

Na central de liberação de guias (backoffice) também utiliza-se o conceito de tempo médio de atendimento (TMA), neste caso é razão entre o tempo total utilizado para realizar a análise e liberação de uma solicitação do beneficiário e o total de solicitações realizadas no período (Monteiro, 2007). De maneira análoga a central de atendimento, quanto menor o TMA mais liberações de guias podem ser realizadas por um operador/atendente em um dado período de tempo.

2.1.5.2 ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Os dispositivos médicos envolvidos em procedimentos hospitalares apresentam diversidades em diferentes categorias que tornam a gestão e o controle de suprimentos em processos complexos e de alto risco econômico. Os dispositivos médicos são considerados as órteses, aqueles de ação temporária que melhoram ou reabilitam um órgão ou segmento do corpo para alcançar um objetivo funcional. As próteses são dispositivos médicos que visam substituir estruturas e funções de uma anatomia corporal enquanto os materiais especiais auxiliam em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Conforme a ANAHP, estes dispositivos podem ser classificados também quanto a sua funcionalidade (Balestrin, 2015):

Órteses: Dispositivos de ação temporária que melhoram a função ou possibilitam alcançar um objetivo funcional de um órgão ou segmento do corpo como, por exemplo: marcapassos cardíacos, stents e cardiodesfibriladores.

Próteses: Destinam-se a substituir em parte ou totalmente estruturas anatômicas e realizar suas funções, como por exemplo: implantes e próteses ortopédicas, lentes intraoculares, aparelhos auditivos, etc.

Materiais Especiais: São materiais de uso individual, implantáveis ou não, os quais que auxiliam no procedimento diagnóstico ou no procedimento terapêutico, como por exemplo: cateteres e material de videolaparoscopia.

Segundo informações da Associação Nacional de Hospitais Privados [ANAHP] (Balestrin, 2015), o Brasil está na 11ª posição no mercado de dispositivos médicos no mundo, movimentando cerca de R$ 7 bilhões de reais em 2012 (Balestrin, 2015). No sistema de saúde há uma constante preocupação no financiamento dos insumos hospitalares exigindo modelos que impactem de maneira efetiva no custo, no acesso e na gestão da demanda aos serviços hospitalares (Gomes, Cherchiglia, Machado, dos Santos, de Assis Acurcio & Andrade, 2014).

Com esta relevância financeira, os processos de liberação de procedimentos com a utilização de OPME possui grande atenção por parte das operadoras de saúde.

2.1.6 OUVIDORIA

A ouvidoria é uma instituição que representa os legítimos interesses dos cidadãos, no ambiente em que atua, acolhendo demandas e buscando soluções efetivas (Hélio Ferreira & dos Santos, 2010; Giovanella et al., 2002). As ouvidorias são constituídas pelas organizações para prestar um serviço especial aos seus públicos, sendo que a essência desse serviço está baseada na visão de que todo usuário de serviços públicos ou privados pode, eventualmente, ficar insatisfeito com o serviço ou produto recebido e poderá reclamar, criticar, pedir a repactuação ou reparação ou ainda elogiar e sugerir novas formas de prestação de serviço (Assis Iasbeck, 2012).

Destaca-se que a ANS, por meio da Resolução Normativa 323 (ANS, 2013a), determina que as operadoras de saúde mantenham ouvidorias vinculadas às suas estruturas organizacionais. De acordo com esta resolução, a ouvidoria deverá acolher as manifestações dos beneficiários, tais como elogios, sugestões, consultas e reclamações, visando resolver conflitos que surjam no atendimento ao público, além de subsidiar o aperfeiçoamento dos processos de trabalho da operadora, buscando sanar eventuais deficiências ou falhas em seu funcionamento (ANS, 2015b; ANS, Portal, 2015).

Segundo a ANS, a Ouvidoria é uma unidade de segunda instância, que tem por objetivo ouvir o beneficiário, por meio de suas manifestações, mediar eventuais conflitos e aperfeiçoar o processo de trabalho da organização (ANS, 2013b).

A ouvidoria nas operadoras de saúde também tem a responsabilidade de receber reclamações, sugestões, consultas e elogios em relação aos serviços de assistência saúde, em segundo nível de atendimento, ou seja, a ouvidoria não substitui o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) que continua a prestar o atendimento em primeiro nível. Uma das principais diferenças entre os dois serviços está na questão estratégica: A ouvidoria deve ter seu foco na melhoria do processo de trabalho evitando que a questão se torne recorrente dentro da organização enquanto que o SAC tem sua preocupação maior no atendimento das demandas individuais.

A ouvidoria é um serviço procurado por quem busca a resolução de uma demanda não atendida antes do caminho jurídico, por isso, esta deve acolher a demanda e trata-la de forma adequada segundo critérios éticos, legais e técnicos, observando as regulamentações como a RN 323. A Ouvidoria não pode perder o foco humanista exigido no tratamento as diversas demandas, em qualquer situação, por envolver pessoas sensibilizadas negativamente por problemas, devendo atuar junto às áreas da organização no sentido de induzir as mudanças necessárias nos processos de trabalho, com vistas ao aperfeiçoamento da qualidade dos produtos e serviços, refletindo em benefícios para os beneficiários, os quais passam a contar com melhores serviços ou produtos, assim como a operadora que pode aperfeiçoar seus processos (Assis Iasbeck, 2012; Theophilo & Alves, 2013).

Como a ouvidoria permite identificar pontos deficientes da operação e a existência de procedimentos inadequados, indicando correções com o propósito de que os serviços da operadora sejam aperfeiçoados, desta forma a ouvidoria pode ser considerada como fonte de oportunidades (ANS, 2013b).

A Resolução RN 323 prevê que a operadora deve dar ampla divulgação sobre a existência da ouvidoria, bem como fornecer informações completas sobre sua finalidade, competência, atribuições, prazos para resposta às demandas apresentadas, forma de utilização e canais de acesso para registro e acompanhamento das demandas (ANS, 2013a; ANS, 2013b). A RN 323 também determina que a ouvidoria deva sempre registrar, de forma inequívoca, todas as demandas que a ela forem endereçadas. Além de manter um histórico, estes dados deverão ser encaminhados a ANS periodicamente na forma de relatórios de ouvidoria (REA) com informações detalhadas com as seguintes informações e indicadores:

Informações das ouvidorias:

i. Total de demandas recebidas no período, mês a mês e consolidado do ano.
ii. Total de demandas no período segundo Canal de Atendimento
iii. Total de demandas no período segundo tema (cinco eixos temáticos).
iv. Total de demandas no período segundo Tipo de Manifestação
v. Total de reclamações no período segundo Tema (cinco eixos temáticos).
vi. Total de reclamações no período segundo Tipo de Contrato do Usuário.
vii. Total de reclamações no período segundo Tipo de Demandante

2.1.6.1 INDICADORES DAS OUVIDORIAS SEGUNDO A RN 323 DA ANS:

TMRO - Tempo Médio de Resposta da Ouvidoria: Tempo médio, em dias úteis, entre o recebimento da demanda e a resposta conclusiva/final da unidade de Ouvidoria aos seus demandantes. Fórmula do Indicador (ANS):

$$\textbf{TMRO} = \frac{\sum \text{das quantidasdes de dias úteis entre o recebimento da demanda e a resposta conclusiva/final da demandante no período}}{\text{Total de demandas com resposta conclusiva/final, no período}} \text{ X } 100$$

PRDP - Percentual de Resposta Dentro do Prazo: Percentual de demandas com resposta conclusiva/final em até 7 (sete) dias úteis. Formula (ANS):

$$\textbf{PRDP} = \frac{\sum \text{de demandas com e a resposta conclusiva/final em até 7 dias úteis}}{\text{Total de demandas com resposta conclusiva/final, no período}} \text{ X } 100$$

PRDPP - Percentual de Resposta Dentro de Prazo Pactuado: O percentual de demandas com resposta conclusiva/final em tempo superior a 7 (sete) dias úteis, tempo esse pactuado não podendo ser superior a 30 (trinta) dias úteis. Formula (ANS):

$$\textbf{PRDPP} = \frac{\sum \text{de demandas com e a resposta conclusiva/final entre o 8º e o 30º dia útil}}{\text{Total de demandas com resposta conclusiva/final, no período}} \text{ X } 100$$

PRFP - Percentual de Resposta Fora do Prazo: O percentual de demandas com resposta conclusiva/final, em tempo superior ao previsto na RN 323/2013, ou seja, após o 30° dia útil. Formula (ANS):

$$\textbf{PRFP} = \frac{\sum \text{de demandas com e a resposta conclusiva/final Após o 30º dia útil}}{\text{Total de demandas com resposta conclusiva/final, no período}} \text{ X } 100$$

Importante destacar que além da questão da obrigatoriedade, a ouvidoria nas operadoras pode e deve ser considerada como um instrumento de resolução de problemas, evitando a que reclamações sejam levadas a ANS, órgãos de defesa do consumidor ou se transformando em processos judiciais e com uma ouvidoria eficiente, a operadora passa uma mensagem para seus beneficiários de que se preocupa em solucionar os problemas ocorridos, valorizando a imagem da empresa (ANS, 2013b).

Além da importância da ouvidoria como unidade de segunda instância, para mediar eventuais conflitos com os beneficiários e aperfeiçoar o processo de trabalho da organização, a ANS, por meio de resolução normativa RN 395 de 14 de Janeiro de 2016, em seu artigo 11º, estabelece à ouvidoria da operadora de saúde o dever de realizar, sempre que solicitado pelo beneficiário, a reanálise sobre eventual negativa à solicitação de procedimento ou serviço de cobertura assistencial (ANS, 2016a). Tal reanálise deve ser realizada de forma consoante ao artigo Art. 3º da resolução normativa RN 259, a qual determina os prazos máximos para o atendimento integral das coberturas previstas (ANS, 2011).

2.1.7 NOTIFICAÇÕES DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR - NIP

A ANS definiu a mediação ativa de conflitos como um conceito e um método de solução de conflitos que visa o consenso e a facilitação do diálogo entre os atores do mercado de saúde suplementar (operadoras de planos de saúde, beneficiários, prestadores de serviço e Estado), com o objetivo de viabilizar o devido atendimento ao beneficiário de plano de saúde (Salvatori & Ventura, 2012a), implementando uma atitude fiscalizatória indutora permanente e direcionada a influenciar o comportamento das operadoras, prevenindo ou evitando que estas ofendam ou causem lesões aos direitos e interesses individuais e coletivos de seus beneficiários (Scalercio, Nolasco, & Araújo, 2009). Antes da implantação da notificação tipo NIP as reclamações dos beneficiários de planos de saúde eram analisadas por meio de

instituição de processo administrativo sancionador, que duravam entre 18 à 24 meses para sua conclusão, atualmente as operadoras de saúde devem responder a notificação NIP em um prazo de 5 (cinco), nos casos de demandas assistenciais, ou 10 (dez) dias úteis, nos casos de demandas não assistenciais (Tanaka & Franco, 2013; ANS, 2016d). A figura 2 ilustra a NIP e os atores do sistema de saúde suplementar.

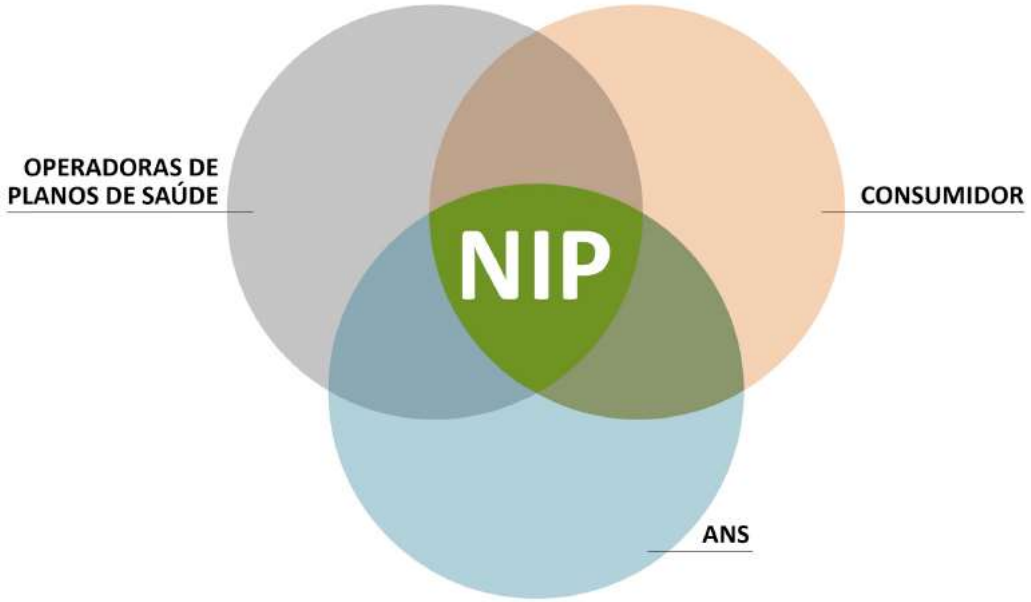


Figura 2 - A NIP e os atores do Sistema Suplementar
Fonte: ANS (ANS, 2016d)

Com esta visão a ANS estabelece um procedimento chamado de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), que permite à agência reguladora intermediar e mediar conflitos entre os beneficiários e as operadoras de saúde (ANS, 2015d). Após a denúncia formalizada à Agência pelo beneficiário acerca da negativa de cobertura, a operadora um prazo para se manifestar à ANS quanto ao denunciado. A NIP foi estabelecida em 2010 por meio da Resolução Normativa (RN) nº 226, posteriormente substituída pela RN nº 343 de 2013, sendo esta substituída em 25 de novembro de 2015 pela RN 388, a qual atualmente regula este tema (ANS, 2015e).

A NIP tem como objetivo dar mais agilidade na resolução dos conflitos entre consumidores e operadoras, configurando-se como uma mediação ativa dos interesses das operadoras de planos de saúde, beneficiários, prestadores e Estado, consequentemente viabilizar o atendimento do beneficiário de plano de saúde (Salvatori & Ventura, 2012; ANS, 2015c).

O processo de NIP está estruturado em duas fases, a fase de notificação preliminar e a fase de análise fiscalizatória. A Fase de Notificação Preliminar com Cadastro da demanda, caracteriza-se pela publicação da NIP no espaço da operadora no site da ANS; Recebimento de resposta da Operadora; Contato com consumidor para saber se sua reclamação foi resolvida; Distribuição das demandas para fase seguinte; Encerramento automático no sistema das "demandas inativas NIP Não Assistencial" e "demandas inativas NIP Assistencial (ANS, 2015c; (ANS, 2016d), como segue:

Fase 1 - Notificação Preliminar:

a- Recebimento da demanda de negativa de cobertura;

b- Notificação da operadora;

c- Contato com o consumidor ou interlocutor pela operadora;

d- Recebimento e processamento da resposta da operadora;

e- Contato do consumidor ou interlocutor recebido pela ANS;

Fase 2 - Análise Fiscalizatória

f- Elaboração de Análises Conclusivas e processamento da resposta da operadora.

a- Recebimento da demanda de negativa de cobertura: Com base em uma reclamação formalizada na ANS, uma notificação é direcionada à operadora de plano de saúde, utilizando o acesso a uma área específica no portal da ANS, chamado de espaço da operadora. A NIP pode ser de caráter (i) assistencial a qual tem como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial e (ii) não assistencial - quando a notificação diz respeito a outros assuntos que não a cobertura assistencial, desde que o consumidor seja diretamente atingido/afetado pela conduta e a situação seja passível de mediação, como exemplo, reclamações referentes à reajuste, recontagem de carência, descumprimento contratual, entre outros (ANS, 2015d).

b- Notificação da operadora: A demanda cadastrada na ANS será automaticamente encaminhada ao espaço da operadora, no portal da ANS, o qual somente usuário cadastrado possui acesso. O prazo começará a ser contado a partir do primeiro dia útil seguinte à data da notificação eletrônica.

c- Contato com o consumidor ou interlocutor: A operadora deverá entrar em contato com o beneficiário e resolver a demanda tempestivamente. Se a reclamação for de cunho assistencial a operadora tem um prazo de até 5 (cinco) dias úteis para a resposta, sendo não assistencial o prazo é de 10 (dez) dias úteis. A figura 3 indica a linha do tempo para resposta da operadora a uma NIP.

Figura 3 - Linha do Tempo de uma NIP
Fonte: ANS (ANS, 2016d)

d- Recebimento e processamento da resposta da operadora: Se o problema não for resolvido pela NIP, é aberto processo administrativo, que pode resultar em multa ou suspensão temporária da comercialização de planos para a operadora (ANS, 2014; Salvatori & Ventura, 2012). Se o procedimento for de cobertura obrigatória e a operadora cobri-lo, a demanda é arquivada, motivada pelo cumprimento dos requisitos do instituto da reparação voluntária e eficaz (RVE). Caso a operadora não cubra o procedimento, a demanda transforma-se em um processo administrativo fiscalizatório (ANS, 2016b).

e- É esperado um retorno do beneficiário ou interlocutor pera informar se houve a resolução da demanda por parte da operadora. Caso não haja contato a NIP é automaticamente arquivada, podendo ser aberta por motivos de fiscalização.

A fase 2, compreende a Elaboração de Análises Conclusivas e processamento da resposta da operadora (ANS, 2016b). É importante destacar que a RN 388 modifica uma série

de procedimentos em relação às normativas anteriores sobre este tema, em especial o artigo 13º (ANS, 2015e):

> (...) Art. 13. Decorridos os prazos previstos na Subseção III desta Seção I, será efetuada análise fiscalizatória das demandas que se enquadrem nas seguintes hipóteses:
> I - demandas com retorno do beneficiário informando que a questão não foi solucionada pela operadora;
> II - demandas não respondidas pela operadora no prazo previsto no art. 11;
> III - demandas com relato de realização do procedimento no SUS;
> IV - demandas com relato de determinação judicial para resolução do conflito;
> V- demandas institucionais, oriundas dos Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério; Público e integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor;
> VI – demandas que envolvam infração de natureza potencialmente coletiva; e
> VII – demandas que tenham sido instauradas de ofício pela ANS (...)

Por este novo texto (item V) as demandas oriundas dos poderes constituídos e órgãos integrantes do sistema nacional de defesa do consumidor transformam-se de forma automática em um processo administrativo fiscalizatório pela ANS (ANS, 2016), por meio dos seus núcleos de fiscalização regionais (núcleos).

O fluxo do processo da NIP, no âmbito da ANS, com as diversas fases pode ser observado na figura 4.

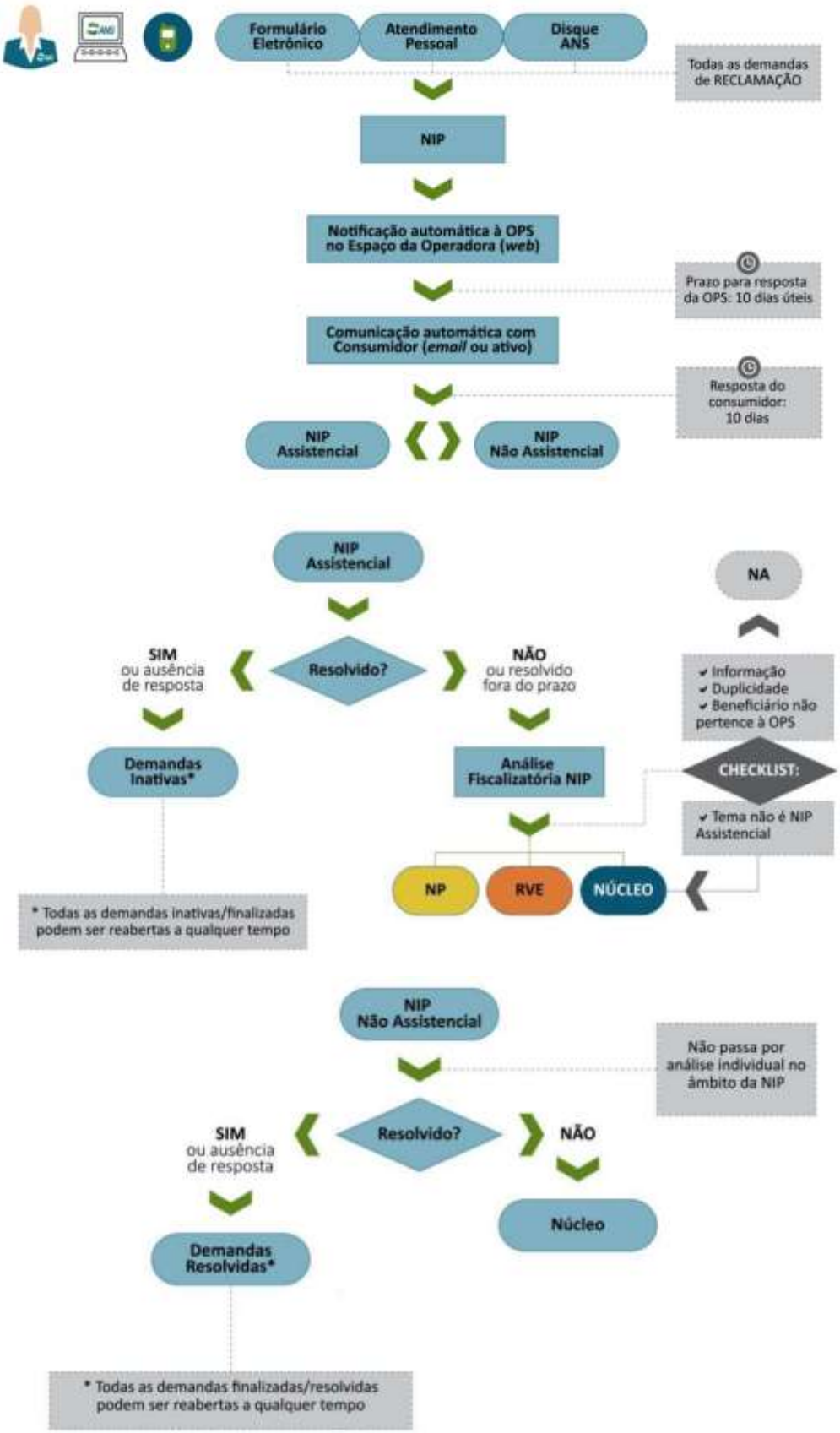


Figura 4 - Fluxo da NIP - ANS
Fonte ANS (ANS & Diretoria de Fiscalização, 2015)

As demandas do tipo NIP dependendo da fase do processo em que encontram, conforme o fluxo indicado na figura 3, são classificadas em (i) Demandas inativas - Reclamações resolvidas ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias; (ii) Demandas não procedentes - Reclamações sem indício de infração à legislação vigente; (iii) Reparação voluntária e eficaz ou RVE - Reclamações resolvidas sem abrir processo administrativo; (iv) Núcleo - Reclamações encaminhadas para os núcleos da ANS para abertura de processo administrativo em razão da não resolução do conflito entre operadora e consumidor no âmbito da NIP; (v) Demandas NIP assistencial - Reclamações relacionadas a toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial; (vi) Demandas NIP não assistencial - Reclamações relacionadas a outros assuntos que não a cobertura como, por exemplo, mensalidades e reajustes, rescisão ou cláusulas contratuais.

São exemplos de reclamações: o descumprimento de prazos máximos para agendamento de consultas; exames e cirurgias; negativa de autorização para realização de procedimentos; dificuldades para recebimento de reembolso; aplicação de reajustes indevidos; e rescisão unilateral de contrato, entre outros (ANS, 2014). O índice de Abertura de Processo Administrativo (IAP) 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. Note a classificação das demandas (NIP) conforme o porte da operadora fornecida pela ANS, grande porte; médio porte e pequeno porte (figura 5, figura 6 e figura 7 respectivamente).

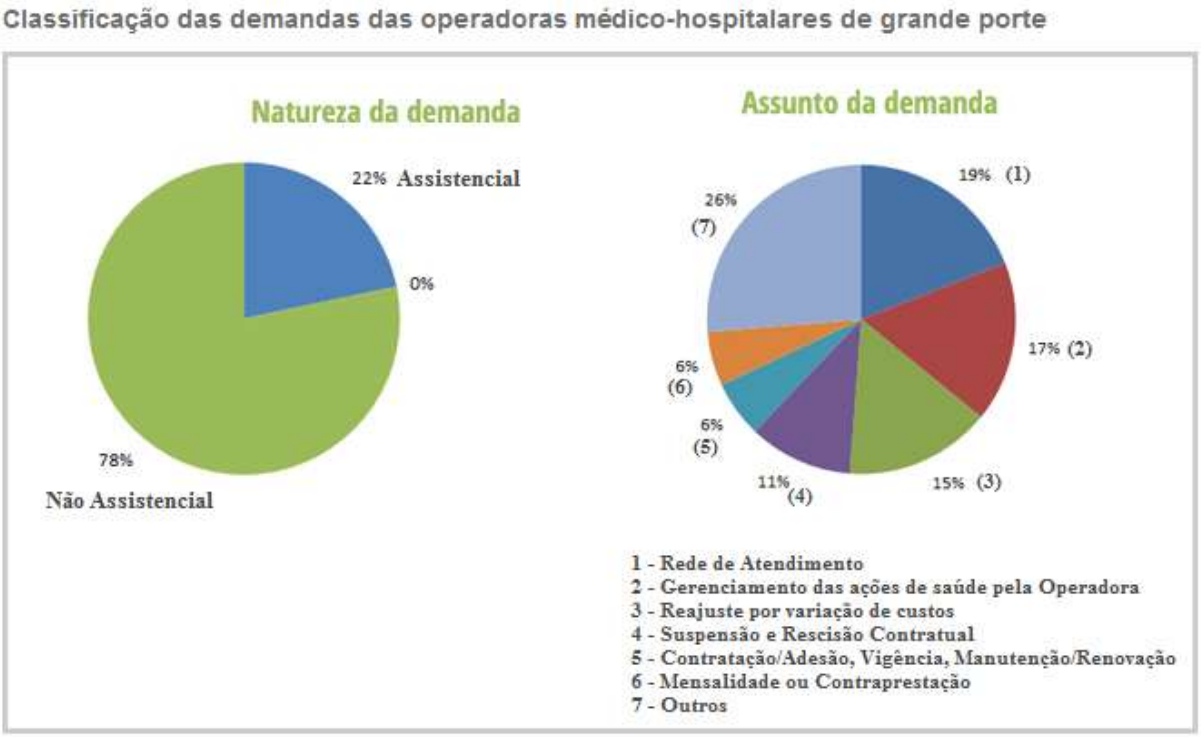


Figura 5 - Classificação das Demandas Operadoras de Grande Porte
Fonte: Adaptado do Portal ANS (ANS, 2015c)

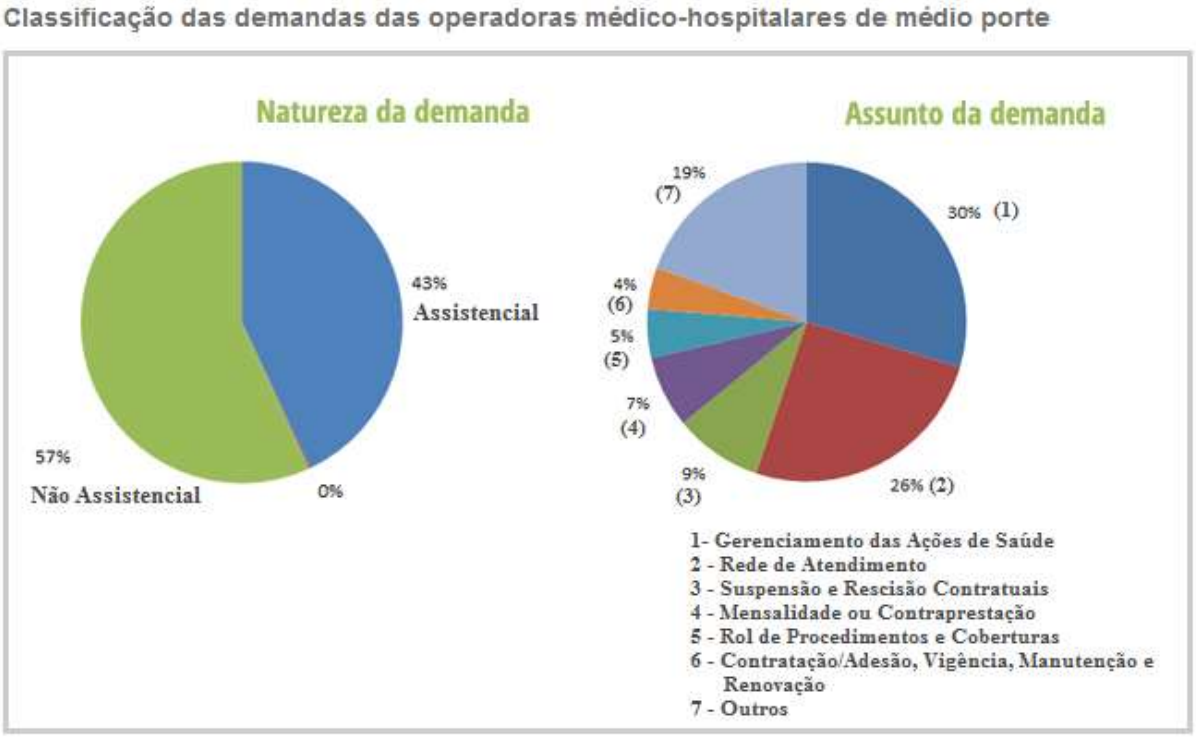


Figura 6 - Classificação das Demandas Operadoras de Médio Porte
Fonte: Adaptado do Portal ANS (ANS, 2015c)

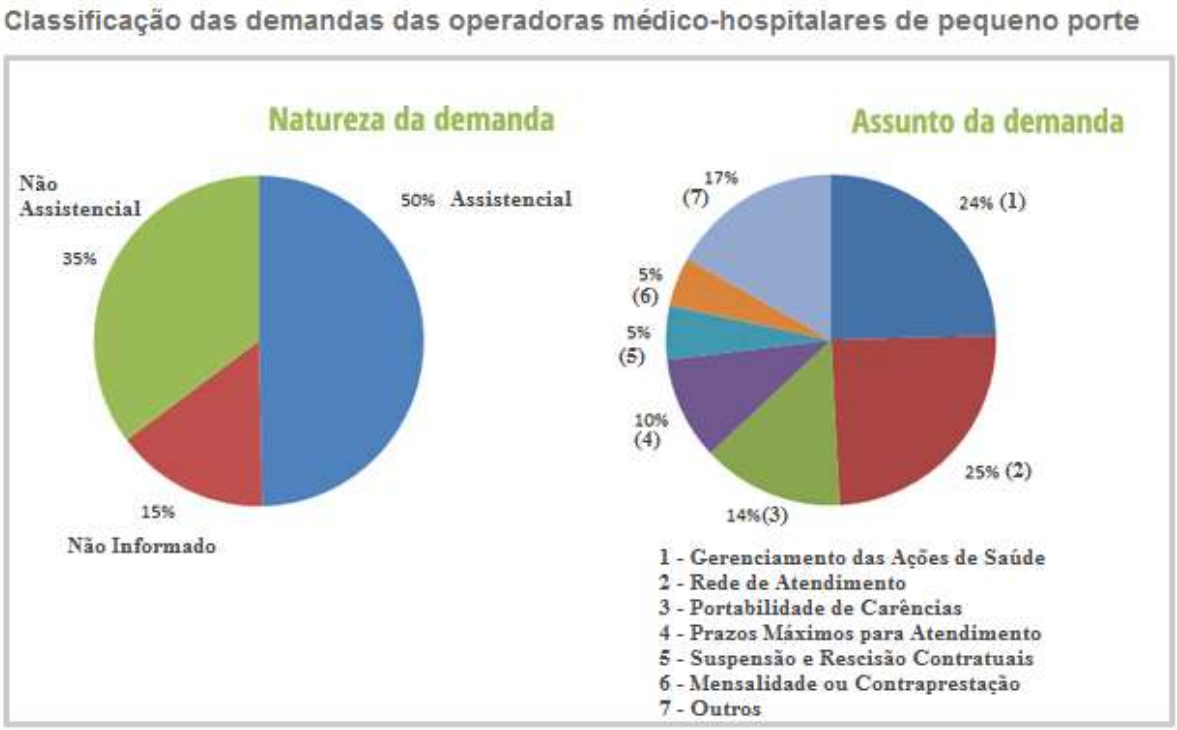


Figura 7 - Classificação das Demandas Operadoras de Pequeno Porte
Fonte: Adaptado do Portal ANS (ANS, 2015c)

Nota-se significativa diferença entre o perfil de reclamações na ANS de acordo com o porte a operadora de saúde, entretanto ressalta-se que as reclamações passam em algum momento pela central de atendimento e da central de liberação de procedimentos (*backoffice*). Melhorias nos processos de atendimento resultam na diminuição das reclamações (de Assis, Miraldo, Zacarias, & Sarquis, 2015).

A ANS considera a resolutividade da NIP como sendo o índice entre o total de reclamações que são finalizadas no âmbito da NIP sem a necessidade de abertura de processo administrativo sancionador (ANS, 2016d).

Sendo a NIP uma forma de mediação ativa de conflitos e um método de solução de conflitos objetivando a resolução de demandas por meio do consenso entre os atores do mercado de saúde suplementar, em especial beneficiários e operadoras, por meio da monitoração do índice de resolutividade, infere-se que a NIP tem alcançado um de seus objetivos, atendendo uma parcela significativa das demandas dos beneficiários por meio deste processo (ANS, 2016d), pois segundo dados da ANS a resolutividade no final de 2015 era superior a 85%. Na figura 8 a evolução da quantidade das notificações do tipo NIP e a resolutividade entre 2009 e 2015.

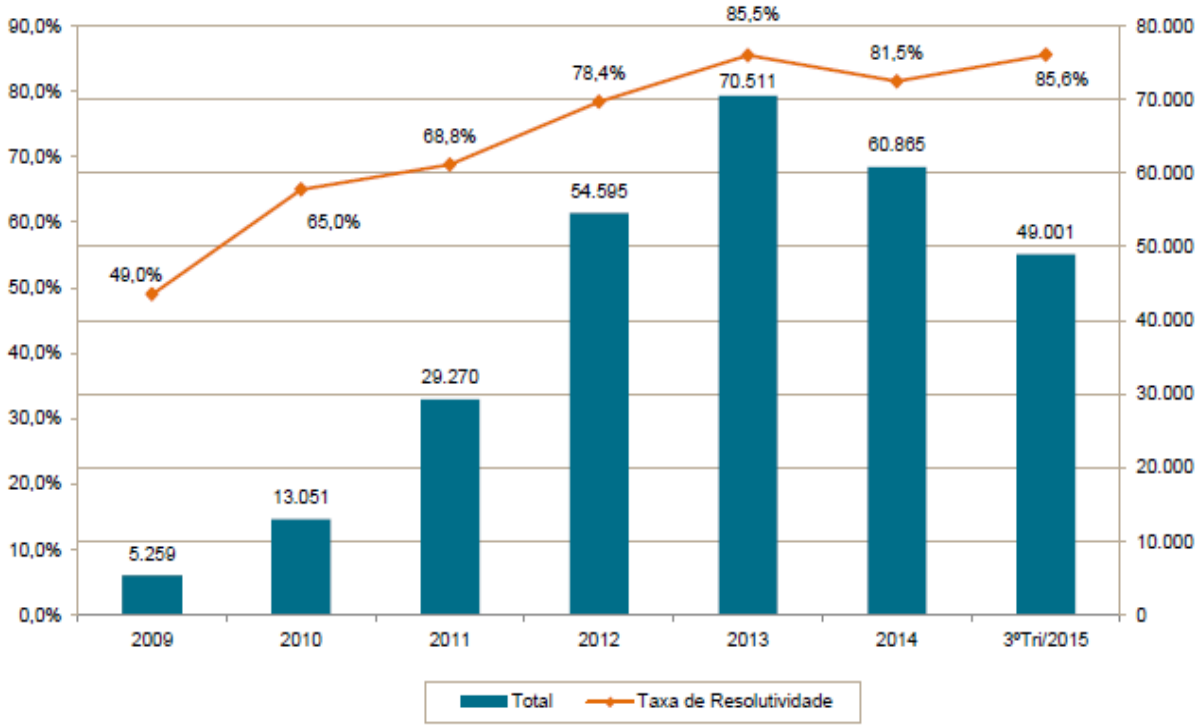


Figura 8 - Resolutividade da Mediação de Conflitos
Fonte: ANS (ANS, 2016d)

As notificações de intermediação preliminar além de causar impacto nos índices monitorados e divulgados pela ANS, conforme já exposto, podem afetar diretamente a operadora de planos de saúde devido a previsão legal (RN 388) de uma série de medidas administrativas, caso o seu Índice de Reclamações fique acima da médica do setor, entre elas multa pecuniária e, mais grave ainda, a suspensão da comercialização de planos pelos ciclos de monitoramento.

A lógica utilizada pela ANS para o bloqueio de comercialização de planos é que se uma operadora é alvo de um número elevado de demandas NIP, em determinado ciclo de monitoramento, há indícios que sua rede credenciada ou seus serviços assistências não são suficientes para atender a seus beneficiários, portanto, não deve ser permitido o aumento de carteira por meio de vendas. Para adequar esta relação foi idealizada a proibição da comercialização destes planos, comercialização esta que só volta a ser permitida pela ANS quando for verificado que a normalidade no atendimento foi restabelecida, por meio da diminuição das reclamações.

Em relação às multas, os limites da multa resultante em ato fiscalizatório seguem a resolução normativa RN 396 de 2016 (ANS, 2016f).

> “(...) Art. 9º No caso de infrações que produzam efeitos de natureza coletiva, o valor da multa pecuniária fixada poderá ser aumentado em até vinte vezes, até o limite estabelecido nos arts. 27 e 35-D da Lei 9.656, de 1998, observados os seguintes parâmetros de proporcionalidade (...)”

Segundo a RN 396 da ANS, os valores das multas aplicadas podem ser majoradas conforme a quantidade de beneficiários da operadora, sendo que os valores podem chegar a R$1 milhão de Reais. As multas podem significar um custo elevado e desnecessário, para as operadoras de saúde (Rieg et al., 2014). Essa realidade aponta para uma necessidade das operadoras desenvolverem mecanismos eficientes de gestão das demandas de seus beneficiários, com processos mais eficientes e consolidados, buscando a redução da quantidade de NIP.

Os dados obtidos na NIP pela ANS são compilados e utilizados para monitoramento das operadoras de saúde quanto à garantia de atendimento e acesso às coberturas obrigatórias (Tanaka & Franco, 2013).

Importante destacar que um sistema de avaliação por indicadores, como os apresentados pela ANS, deve ser entendido como um indicativo para caminhos de ação, e apenas acessoriamente, como parte do sistema global de avaliação (Campos & Santiago Jr, 2002) e como alternativas integradas de governança do setor da saúde.

As figuras 5, 6 e 7 indicam que as demandas dos beneficiários de planos de saúde, antes de recorrerem a ANS são tratadas pela central de atendimento ou a central de liberação de guias, neste mesmo sentido o estudo anual da ANS com base nos relatórios analíticos das ouvidorias (REA) 2016, ano base 2015, apontam que o serviço de atendimento, representado pela central de atendimento e pela central de liberação de guias, é o tema com mais frequência de manifestações nas ouvidorias (24,4%), seguido pelos temas rede prestadora com 22,9% das manifestações (ANS, 2016e), que aponta para a necessidade de controle, gestão e rastreabilidade das demandas e manifestações dos usuários nos departamentos que recebem e processam as demandas dos beneficiários, especificamente: a central de atendimento, a central de liberação de guias e a ouvidoria (ANS, 2016e; ANS, 2016a), desta forma infere-se que ao dotar estes departamentos com ferramentas de gestão e controle a quantidade de manifestações irá diminuir.

2.2 GOVERNANÇA CORPORATIVA E "*COMPLIANCE*"

2.2.1 GOVERNANÇA CORPORATIVA

A existência de uma empresa está condicionada a sua saúde financeira e também a vantagens competitivas sobre os seus concorrentes. As vantagens competitivas derivam das diversas atividades discretas que uma empresa executa no projeto, na produção, no *marketing*, na entrega e no suporte de seu produto, desta forma cada uma das diferentes atividades de uma empresa pode contribuir para uma posição dos custos relativos e criar uma base para a diferenciação (Porter, 1998; Porter, 2004).

A tendência no setor de saúde brasileiro tem sido procurar, crescentemente, adotar estratégias de gestão eficazes (Ferreira et al., 2015), entretanto a estratégia empresarial é um assunto complexo que pode ser observado por diversas perspectivas, em particular da governança corporativa, a qual devida as várias evidências de sua contribuição para uma gestão mais transparente e profissionalizada e consequente maximização dos resultados corporativos, vem se consolidando e ganhando destaque no meio acadêmico e empresarial (Ribeiro, Costa, & Ferreira, 2015), sendo este tema um dos principais focos dos estudos e das discussões sobre gestão e estratégia na atualidade (Oliveira, da Silva, & Lima, 2015; Ferreira et al., 2015).

Por ser um tema amplamente abordado no meio acadêmico e empresarial, a governança corporativa tem várias definições e abordagens. Segundo Flavio Rabelo e Silveira (1999) governança corporativa é o sistema por meio do qual se exerce e se monitora o controle nas corporações, em um sentido mais amplo podemos entender que a governança corporativa é um sistema de monitoramento instrumentalizado por um conjunto de práticas que contemplam direitos e relacionamentos das partes interessadas, exercício de poder e direção, que tem como objetivo subsidiar a tomada de decisões estratégicas (Ferreira et al., 2015). Ainda segundo Ferreira (2015) governança corporativa é um sistema de monitoramento instrumentalizado por um conjunto de práticas que contemplam direitos e relacionamentos das partes interessadas, exercício de poder e direção, que tem como objetivo subsidiar a tomada de decisões estratégicas, entretanto para este trabalho utilizamos a definição dada por José Chagas, del Trabajo e Pymes (2007):

> "(...) um conjunto de princípios, procedimentos, métodos e rotinas que, aplicados numa entidade, propiciam resultados eficientes e eficazes e promovem a harmonia das partes interessadas na condução ordenada da organização. As partes interessadas são os acionistas, cotistas, dirigentes, gerentes, empregados, fornecedores, clientes, financiadores e a comunidade afetada diretamente pelos negócios e/ou atividades (...)"
> (Chagas et al., 2007, p.03).

Na visão acadêmica a Governança Corporativa é um campo interdisciplinar que busca entender como a força das empresas é direcionada no benefício social dentro de uma economia nacional ou internacional (Judge, Weber, & Muller-Kahle, 2012), sendo que varias teorias econômicas são consideradas precursoras fundamentais dos estudos organizacionais, universo que se destacam a teoria a teoria da agência e a teoria dos *Stakeholders* (Ferreira et al., 2015).

As discussões que envolvem a teoria da agência e a teoria dos *stakeholders* são polêmicas principalmente do ponto de vista do objetivo o qual as organizações devem atender: se a maximização dos resultados dos proprietários, conforme preconiza a teoria da Agência; ou o equilíbrio dos interesses dos *stakeholders* envolvidos, como sustenta a Teoria dos *Stakeholders* (Ferreira et al., 2015). Em ambas as teorias o conhecimento torna-se um capital importante nas organizações modernas.

A Teoria da Agência, parte do pressuposto de que a tarefa principal dos administradores e gestores é a tomada de decisões que resultem na maximização dos resultados financeiros da empresa, com o objetivando o aumento da riqueza dos acionistas, enquanto a Teoria dos *Stakeholders* parte do princípio que as organizações não estão centradas, de forma exclusiva, na geração de rendimentos financeiros para os principais acionistas, mas sim no fato de proporcionar o alinhamento entre os objetivos organizacionais e os objetivos dos diversos *stakeholders* envolvidos no negócio (Ferreira et al., 2015).

Edward Freeman e McVea (2001) aprofundou a discussão sobre o conceito emergente de *stakeholders* tornando-se uma referencia para o estudo sobre atores sociais e apresentou conceitos, teorias, ferramentas e técnicas para auxiliar o gerenciamento de empresas, objetivando garantir melhores resultados e maior efetividade, considerando o ambiente organizacional como foco do planejamento e no o mapeamento de *stakeholders*, bem como a análise de suas interações e o entendimento dos processos organizacionais.

O campo do gerenciamento estratégico tem sido tradicionalmente dominado pela ênfase na competição e no objetivo de vantagem competitiva (Freeman, 2010; Freeman & McVea, 2001), entretanto a governança também traz boas práticas e controles empresariais pelos quais os administradores e gestores são regrados para agir pelos interesses dos investidores (Lajara, 2013), assim como a possibilidades da mitigação de riscos, ou seja, criar condições e mecanismos que evitem problemas antes que eles ocorrem, ou de tentar minimizá-los caso tenha ocorrido (Oliveira et al., 2015).

Um bom sistema de governança corporativa pode abrigar também iniciativas existentes relacionadas com a qualidade, controle e segurança (Trindade & Neto, 2014). Chagas (2007) buscou sintetizar os principais pilares norteadores de governança corporativa, os quais podem ser aplicáveis à realidade das empresas no Brasil, que são:

i- Transparência - Princípio de governança que direciona a organização à assumir seus compromissos e demonstre claramente sua real situação patrimonial, econômica, financeira, social e ambiental;

ii- Justiça ou *fairness* - Tratamento correto nas relações mantidas com os proprietários do capital e acionistas, façam ou não parte da gestão;

iii- Responsabilidade ou *Accountability* – Sistemas e métodos para prover informações precisas, relevantes e oportunas que possibilitem a prestação de contas;

iv- Conformidade ou *Compliance* - o cumprimento das leis e normas; e

v- Eficácia Empresarial - Gestão com base em modelos que garantam a geração de resultados positivos.

Para este estudo em empresas de saúde suplementar, destaca-se na governança corporativa o conceito de conformidade ou *Compliance* e o conceito de eficácia empresarial.

2.2.1.1 *COMPLIANCE*

O termo *compliance* significa conformidade vem do verbo em inglês *to comply*, que significa cumprir ou realizar o que foi imposto. *Compliance* é um dos pilares de governança corporativa o qual é materializado quando a organização observa e realiza, de forma integral, o cumprimento das leis, normas, regulamentos e determinações a que a empresa está subordinada (Chagas et al., 2007). As atividades de *compliance* também devem observar a gestão preventiva de riscos, o monitoramento e supervisão contínua sobre as práticas

corporativas, processos operacionais, a conformidade da organização às normas e políticas corporativas (Oliveira et al., 2015), no caso específico de saúde suplementar para estar *compliance* a corporação também deve observar e estar "em conformidade" com as normativas da ANS.

2.2.3 EFICÁCIA EMPRESARIAL

A eficácia empresarial, no contexto de governança corporativa, significa a gestão eficiente por meio da utilização de modelos, instrumentos e técnicas que garantam o cumprimento da missão, a continuidade do negócio, crescimento da corporação, resultados positivos e uma operação mais eficiente, ou seja, gerar mais resultados desejados com menos recursos (Chagas et al., 2007).

A relação entre os resultados e os recursos utilizados, com a manutenção dos níveis de qualidade, é chamada de produtividade (Secco, 2015). Os indicadores de produtividade permitem a avaliação do esforço empregado para a geração de um produtos e serviços (Secco, 2015), desta forma infere-se que processos mais eficientes representam redução de custo operacional.

Os indicadores de produtividade são utilizados para avaliar o desempenho operacional, de pessoas ou processos, os quais dependem da forma eficiente de como são produzidos os produtos e serviços e também do grau de eficácia do que é produzido, determinado pelas necessidades da empresa e do mercado (Paiva, 2014).

2.3 GESTÃO COM USO DE FERRAMENTAS COMPUTACIONAIS

2.3.1 SISTEMAS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

A Tecnologia da Informação (TI) pode ser definida como o conjunto de recursos tecnológicos, computacionais e profissionais para uso e geração de informação eletrônica (Rezende et al., 2013) sendo que pode ser utilizado de forma sistêmica ou esporádica, quer esteja aplicada ao produto quer esteja aplicada ao processo (Romeiro et al., 2014).

Turban (2005) descreve Sistema de Informação como um sistema capaz de coletar, processar, armazenar, analisar e disseminar informações para atender um propósito específico, que armazenam e fornecem informações úteis para a tomada de decisão, desta forma infere-se que a tecnologia da informação permeia a cadeia de valor em todos os seus elos, transformando a maneira como as atividades de valor são realizadas e a natureza das ligações

entre essas atividades, entretanto é importante ressaltar que a adoção de um sistema informatizado de gestão, assim como qualquer sistema de TI, por si só não promove a disseminação do conhecimento sem um projeto de mudança na cultura da organização (Porter & Millar, 1985; Pradella, 2013).

Segundo Telmo Pereira (2014), o CEO de uma das maiores empresas de saúde do Brasil, "em uma operadora de saúde TI não é tudo, mas TI está em tudo", neste mesmo sentido, de acordo com Raitoharju e Laine (2006), a aceitação dos sistemas de tecnologia é um dos fatores críticos de sucesso para a obtenção dos benefícios esperados a partir dos investimentos com esse tipo de tecnologia. Analogamente Otoni (2014) descreve TI como elemento fundamental para permitir as empresas terem diversos clientes, mas tratar cada um de forma individual.

A tecnologia da informação e outras tecnologias emergentes, como dispositivos móveis e internet, criaram condições favoráveis para as funções a criação, disseminação e partilha das informações em uma organização, porém é necessário que esta tecnologia seja utilizada em favor do negócio (Araújo, 2012). As mudanças institucionais, portanto, são desejáveis desde que os custos de seu empreendimento somem valor inferior em função da utilidade advinda pela transformação (F. Rodrigues, 2014).

Segundo Araújo (2012), os gestores das organizações precisam se adaptar aos novos tempos e trabalhar de forma eficaz com as informações, buscando desempenho e inovação, criando um diferencial competitivo em relação ao mercado.

2.3.2 GESTÃO ELETRÔNICA DE DOCUMENTOS - GED

O sistema de gerência de documentos tem por objetivo atender às necessidades operacionais e estratégicas de uma organização, preservar a sua história, manter sua propriedade intelectual assim como proteger os seus interesses estratégicos e legais (Villalobos & OLiver, 2014).

Os sistemas de Gerenciamento Eletrônico de Documentos (GED) podem ser definidos como "um conjunto de métodos, técnicas e ferramentas que tem como objetivo gerenciar o ciclo de vida dos documentos de uma organização (criação aprovação, processamento, distribuição, arquivamento e revisão), além de tornar mais rápida e eficiente as tarefas de pesquisa e disseminação, com garantia do sigilo e segurança no acesso dos arquivos" (Andrade, 2014; Giandon, Mendes Jr., & Scheer, 2001). Este ciclo de vida de um documento é exemplificado na figura 9.

Figura 9 - Ciclo de vida de um documento
Fonte: O autor

O Gerenciamento Eletrônico de Documentos é realizado por meio de um conjunto de elementos de tecnologia, que envolvem programas e sistema de computador (*software*) e equipamentos (*hardware*) que gerenciam todo o ciclo de vida de um documento: elaboração/criação, aprovação, revisão, processamento, arquivamento e disseminação/distribuição. As principais tecnologias de GED envolvem o gerenciamento de documentos (*document management*), gerenciamento de imagens (*document imaging*) e gerenciamento de fluxo de trabalho (*workflow*).

No sistema de GED, os documentos e imagens são associados a índices para pesquisa e recuperação que permitem localizar rapidamente o documento. No GED podem ser gerenciados documentos de texto, imagem, voz ou qualquer outro documento ou informação em mídias digitais. As principais vantagens de gerenciar eletronicamente os documentos é a facilidade de recuperação das informações e o controle de versões, que evita o uso de documentos desatualizados.

Com o GED é possível restringir o acesso, oferecendo permissões diferenciadas para cada tipo de usuário num determinado documento ou conjunto de documentos. Podem-se definir quais usuários devem realizar a revisão e aprovação, assim como definir quais usuários que apenas visualizam, ou os que podem visualizar e imprimir um documento. A distribuição de um documento usando GED ocorre de forma praticamente instantânea, de forma segura e com a garantia que o documento foi entregue ao departamento e/ou a pessoa certa, no momento certo.

Os sistemas GED permitem que alguns problemas como a perda e duplicidade de documentos, indexação e armazenamento inadequados, sejam mais facilmente identificados e solucionados (Villalobos & OLiver, 2014), entretanto a tecnologia facilita, mas sozinha não produz conhecimento nem Gestão do Conhecimento. A tecnologia está associada a dados e informações, recursos que devem ser gerenciados como qualquer ativo de uma organização (Malachias, 2014).

Na figura 10 demostra-se os principais componentes de um sistema de gestão eletrônica de documentos.

Figura 10 - Arquitetura de um sistema de Gestão Eletrônica de Documentos
Fonte: Adaptado de Kao & Liu, 2013

Em relação a gestão eletrônica de documentos (GED), foram encontrados vários artigos de diversos pesquisadores, entretanto para este trabalho foram utilizadas as definições das características segundo três autores (Villalobos & OLiver, 2014; Malachias, 2014; Giandon et al., 2001), selecionados por apresentar síntese das características funcionais deste tipo de sistema. Com base na definição de sistemas por estes autores foram associados os atributos indicados na tabela 1.

Tabela 1:
Características de GED

Características GED (Villalobos & OLiver, 2014; Malachias, 2014; GIANDON, MENDES JR, & SCHEER, 2001)
Criação, processamento e revisão;
Aprovação
Distribuição e compartilhamento (disseminação);
Arquivamento
Agilizar a pesquisa (localização)
Organizar
Compartilhar

Fonte: O autor

2.3.3 PROCESSOS E MODELAGEM DE PROCESSOS

Os procedimentos para a elaboração, aprovação e disseminação de documentos e protocolos podem ser processados como em uma linha de montagem, onde cada passo no processo é simples, especializado e realizado por alguém que tenha a responsabilidade para esta tarefa. Uma pessoa pode elaborar o documento, a próxima pessoa pode verificar informações administrativas, o próximo pode verificar a normas e validação do texto e assim sucessivamente. Essa idéia de processo como um fluxo de trabalho, com uma solicitação ou entrada ("*input*") e um conjunto de tarefas discretas que seguem uma sequência clara e que dependem umas das outras numa sucessão clara e terminam com resultado claramente definido ("*output*"), vem da tradição da engenharia (Gonçalves, 2000).

A gestão de processos de negócio ou *Business Process Management* (BPM), é uma disciplina que permite as organizações realizar a identificação, o desenho, a documentação e controle de execução, além de permitir criar indicadores para medir, monitorar e controlar os processos de negócio para alcançar os resultados pretendidos constantes e alinhados com as metas estratégicas de uma organização (Cbok v3.0, 2013). Ainda segundo a ABPMP os processos de gerenciamento, assim como os processos de suporte, não agregam valor

diretamente para os clientes, mas são necessários para assegurar que a organização opere de acordo com seus objetivos e metas de desempenho.

Para um melhor entendimento dos processos de negócio, com consequente análise visando melhoria e aperfeiçoamento, faz-se necessária a investigação e o mapeamento dos processos organizacionais que permeiam as áreas envolvidas. A análise e o redesenho de um processo permite a introdução segura de regras, tempos e papéis funcionais no ambiente organizacional (Kipper et al., 2011). Ainda Kipper (2011) salienta que a modelagem dos processos consiste em redesenhá-los, com a finalidade de colocar o processo mapeado em um molde ideal, atingindo, dessa forma, os resultados esperados. O desenho ideal é formatado com base nas orientações corporativas e nas propostas de melhorias dos envolvidos nos processos visando melhor produtividade. Quanto menos automatizados forem os processos, mais difícil será conseguir dados e indicadores. Algumas informações também podem não estar disponíveis no momento necessário ou com as informações atualizadas e confiáveis (Soares, 2012).

Note que a tecnologia da informação (TI) permeia a cadeia de valor em todos os pontos, transformando a maneira como as atividades de valor são realizadas e da natureza das ligações entre estas atividades (Porter & Millar, 1985b), entretanto é importante ressaltar que a adoção de um sistema de *workflow*, assim como qualquer sistema de tecnologia da informação (TI), por si só não promove a disseminação do conhecimento sem um projeto de mudança na cultura da organização, sendo necessário considerar o envolvimento das pessoas e o ambiente cultural organizacional (Pradella, 2013b).

Importante destacar que um estudo realizado nos Estados Unidos pela ContactBabel (ContactBabel, 2007) identificou que nas organizações de saúde, os colaboradores que trabalham nas centrais de atendimento passam mais tempo no pós-atendimento (19%), administração (18%) e tempo de inatividade (23%) do que no efetivo atendimento a seus clientes (40%). Estes dados apontam que significativa parte do tempo da força de trabalho de uma central de atendimento, no segmento de saúde, é desperdiçada em tarefas administrativas. Processos ineficientes e falta de informação simplificada são frequentemente a causa raiz pela falta de desempenho no atendimento ao cliente (Bernardes, Karla, & Costa, 2013).

2.3.4 SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTÃO DE PROCESSOS – *WORKFLOW*

Um sistema informatizado de gestão de fluxos de trabalho ou processos, ou do inglês *workflow*, é um sistema que gerencia uma série de tarefas a serem realizadas em uma dada sequencia predeterminada, para produzir um resultado final que é desejado. O sistema de "*workflow*" executa e gerencia processos cuja ordem de execução é controlada por um fluxo pré-definido (Joosten, 1995), neste mesmo sentido Carvalho (Carvalho & Ferreira, 2012) define sistema de gestão de processos como um sistema informatizado que objetiva criar, executar, interpretar, coordenar e monitorar fluxos de trabalho de negócio que foram padronizados.

Em um sistema informatizado de gestão de fluxo de trabalho, um colaborador ou grupo de colaboradores é responsável por uma tarefa específica, sendo que uma vez que a tarefa é concluída, o sistema de fluxo de trabalho garante que a solicitação seja direcionada para o colaborador (ou grupo) responsável para a próxima tarefa, assim sucessivamente, até a finalização do processo. O sistema gerencia e monitora o fluxo, notificando sempre que houver uma não conformidade como, por exemplo, um processo ficar em uma dada tarefa por tempo superior ao pré-estabelecido ou se houver uma quantidade de solicitações em uma dada atividade acima do limite esperado.

Os sistemas de gestão de processos exigem a preparação e análise dos processos de forma estruturada e ordenada (Carvalho & Ferreira, 2012). Uma vez que um processo é definido, o sistema de gestão de processos garante que as atividades deste processo ocorram na sequência definida e que cada agente ou usuário envolvido no processo seja notificado da necessidade da realização de uma atividade, sendo a coordenação do trabalho realizada totalmente pelo sistema informatizado (Nicolao & Oliveira, 1996).

Os levantamentos e as análises dos processos são realizados com base nos modelos desenvolvidos pela a análise de processos de negócio (*Business Processs Modeling* ou BPM). A "*Workflow Management Coalition*" (WfMC) é uma organização global que se concentra exclusivamente em análise de processos de negócio, formada por desenvolvedores, consultores, adeptos desta disciplina e acadêmicos, que cria e contribui para o processo de padrões relacionados (Workflow Management Coalition, 2015).

Segundo a WfMC, um sistema de gestão de processos, ou *workflow*, deve prover suporte para três áreas: Construção do projeto e desenho do processo de negócio; Execução do processo e interação com usuários e outras aplicações; Gerenciamento do processo. O sistema de *workflow* também deve possuir um conjunto de funções voltadas para o

gerenciamento e monitoração do projeto, sejam com o uso de relatórios históricos ou com o uso de indicadores em tempo real (Workflow Management Coalition, 2015). Os indicadores devem apresentar informações sobre a execução de cada tarefa e a eficiência do processo como um todo, conforme exemplificado na figura 11 - Dimensões de um sistema de medição.

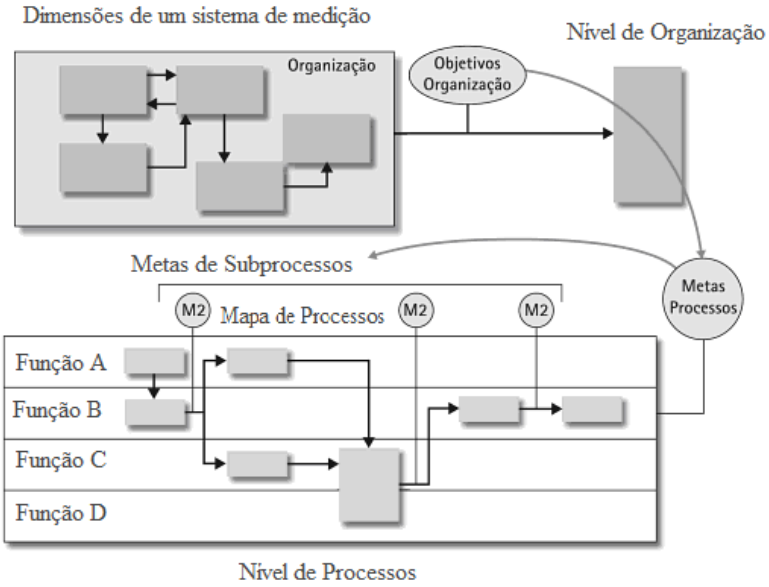


Figura 11 - Dimensões de um sistema de medição
Fonte: Paim, Caulliraux, & Cardoso (2009)

Os indicadores em um processo não se limitam à mera contagem de atributos de variáveis, pois devem, também, transformar os dados colhidos em informações úteis para se orientar os processos de decisão (Campos & Santiago Jr, 2002).

Nos painéis de monitoramento, também conhecidos como *dashboards*, podem ser apresentados diversos tipos de indicadores de atividades, dos diversos processos de negócio, para fornecer uma apresentação gráfica dos indicadores de uma área ou da organização, em tempo real (Silva & Rocha Martins, 2013). Indicadores cuidadosamente selecionados e apresentados nos *dashboards* podem ajudar na gestão de processos, permitindo que os gestores avaliem de forma continua o desempenho dos diferentes processos, obtendo neste painel informações imediatas sobre o desempenho das atividades. Com a implantação de um painel de monitoramento é possível que a equipe e os gestores acompanhem o desempenho

das atividades operacionais e tomem as ações necessárias para correção de rumo, tempestivamente.

O uso de ferramentas de *workflow* para o atendimento a demandas de clientes permite também registrar informação sobre o comportamento e necessidades dos clientes (beneficiários), que podem ser recuperadas com base em ferramentas de extração e análise de dados (Kumar & Srivastava, 2016).

Entre os artigos pesquisados sobre sistemas de *workflow*, foram selecionados os quais possuíam síntese das definições das características funcionais (Carvalho & Ferreira, 2012; Joosten, 1995; Nicolao & Oliveira, 1996). Com base na definição de sistemas segundo estes autores foram associados os atributos indicados na tabela 2.

Tabela 2
Características *workflow*

Características *Workflow* (Carvalho & Ferreira, 2012; Joosten, 1995; Nicolao & Oliveira, 1996)
Define, gerencia e executa processos com base em uma sequencia de atividades
Desenho de processo, cuja ordem é guiada por uma representação lógica ou fluxo de trabalho
Cada agente ou usuário envolvido no processo seja notificado da necessidade da realização de uma atividade;
Execução é controlado por um fluxo pré-definido
Executar, coordenar e monitorar diferentes fluxos de trabalho.

Fonte: O autor

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 ESCOLHA E DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA

Pesquisa científica é um conjunto de procedimentos formais e sistemáticos, baseados no raciocínio lógico e análise reflexiva, os quais têm por objetivo a aquisição de conhecimento ou a descoberta de soluções para problemas propostos mediante o emprego de métodos científicos (W. C. Rodrigues, 2007; Lakatos & Marconi, 2010; Martins & Theóphilo, 2009). A realização de uma pesquisa pressupõe uma série de conhecimentos anteriores e a utilização da metodologia adequada (Lakatos & Marconi, 2010).

Este trabalho é orientado como pesquisa aplicada, pois propõe soluções a problemas enfrentados por empresas em busca de um funcionamento eficiente das organizações (Biancolino et al., 2012; Van Aken, 2007) fundamentado em uma revisão de literatura, em ferramentas de tecnologia da informação, nas experiências acadêmicas interdisciplinares e experiências profissionais dos participantes do estudo.

O estudo também caracteriza-se como uma pesquisa-ação, como uma forma de pesquisa social, independente, com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação de implantação de uma alternativa tecnológica com vistas a melhoria da qualidade e eficiência em processos de operadoras de saúde suplementar (Thiollent, 2009; Rocha, 2012).

Procurando entender as origens da pesquisa-ação, Carr (Carr, 2006) observou que em linhas gerais a história da utilização da metodologia pesquisa-ação é dividida em duas fases: a primeira abrange o período entre 1920 e 1950 e demonstra a origem da pesquisa-ação nos Estados Unidos devido a um crescente interesse na aplicação de métodos científicos para o estudo de problemas sociais , sendo que é atribuído a Kurt Lewin à introdução do termo "*action research*" (pesquisa-ação) para descrever uma metodologia de investigação científica (Carr, 2006).

A segunda etapa na evolução histórica da utilização da pesquisa-ação, como metodologia de pesquisa, tem como referência o ressurgimento do interesse pela pesquisa educacional e currículo no Reino Unido no início da década de 70, a partir da reformulação do método de pesquisa-ação de Lewin (Carr, 2006).

A pesquisa-ação parte de um processo de reflexão coletiva, sobre as estratégias operacionais a serem adotadas, considerando a voz do sujeito e suas perspectivas para o registro, para a análise e posterior interpretação, assim como a parte da metodologia da investigação. Nesse caso, a metodologia não se estabelece por meio das etapas de um método propriamente dito, mas se organiza a partir das situações relevantes que são identificadas durante este processo (Koerich, Backes, Sousa, Erdmann, & Alburquerque, 2009).

Segundo Martins e Theóphilo (2009) a pesquisa-ação tem sido definida como uma forma de investigação acadêmica que tem por característica o proposito da realização de ações planejadas sobre problemas práticos identificados. Na pesquisa ação os pesquisadores participam junto com demais atores para, de forma interativa, identificar e buscar soluções de situações reais, que não podendo ser confundida como pesquisa participante (Thiollent, 2009).

> "Na pesquisa-ação os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas (...) a pesquisa-ação exige uma estrutura de relação entre pesquisadores e pessoas da situação investigada que seja de tipo participativo (...) a participação do pesquisador não qualifica a especificidade da pesquisa-ação, que consiste em organizar a investigação em torno da concepção, do desenrolar e da avaliação de uma ação planejada (...) Nesse sentido, pesquisa-ação e pesquisa participante não deveriam ser confundidas (Thiollent, 2009, p.13)".

Portanto, a pesquisa-ação possibilita a intervenção e interação do pesquisador no objeto pesquisado, analisando e descrevendo o seu objetivo de forma a mobilizar todos os participantes, de forma a produzir novos conhecimentos (Maccari, Rodrigues, Alessio, & Quoniam, 2011; Gibertoni, 2007). Por meio da pesquisa-ação podem ser criadas condições para a realização da análise crítica sobre as ações, criando uma base empírica concebida e realizada por meio de uma relação com a resolução de um problema prático (Martins & Theóphilo, 2009). No processo da pesquisa-ação faz-se necessário realizar o diagnóstico da situação problema, formular uma estratégica de trabalho, desenvolver as estratégicas para a avaliação, a análise, o diagnóstico e a solução (Martins & Theóphilo, 2009).

Uma Pesquisa-Ação comporta três aspectos simultâneos, se analisada como pesquisa inserida na ação, conforme afirma Thiollent:

> "(a) Pesquisa sobre os atores sociais, suas ações, transações, interações; seu objetivo é a explicação; (b) pesquisa para dotar de uma prática racional as práticas espontâneas; seu objetivo é a aplicação. (c) Pesquisa por, ou melhor, pela ação, isto é, assumida por seus próprios atores (autodiagnostico e autoprognóstico) tanto em suas concepções como em sua execução e seus acompanhamentos; seu objetivo é a implicação (Thiollent, 2009, p.37)"

A aplicação da pesquisa-ação nos estudos em organizações abrange particularmente a área de administração, questões culturais, tecnologia e inovação, destinada a tratar questões complexas, especialmente em situações que necessitam de aprimoramento ou situações de crise, tendo como característica a o diagnóstico e a solução (Martins & Theóphilo, 2009).

A metodologia da pesquisa-ação também apresenta um propósito duplo: (i) auxiliar a reflexão, formulação e/ou a implementação da ação; (ii) desenvolver, enriquecer ou testar quadros referenciais teóricos ou modelos relevantes ao fenômeno em estudo (Maccari et al., 2011), permitindo assim uma pesquisa nas ciências sociais que possa provocar transformações em organizações por meio da pesquisa e da ação simultaneamente (Koerich et al., 2009).

Na pesquisa ação o grande desafio para os pesquisadores é definir e encontrar modelo com rigor científico adequado, sem sacrificar a relevância da pesquisa, mas com intervenção sendo parte central na pesquisa (Gibertoni, 2007).

A pesquisa-ação requer um planejamento de trabalho, com base em fases ordenadas cronologicamente, e a definição de um plano de ação (Maccari et al., 2011; Thiollent, 2009), entretanto não encontra-se na literatura acadêmica consenso em relação a quantidade e a função das diferentes fases e ciclos de pesquisa. Gibertoni (Gibertoni, 2007) identificou que há semelhanças entre os modelos de três diferentes correntes e escolas de pensamento, as quais podem ser observadas na figura 12.

Fases	Thiollent	Susman e Everet	Coughlan e Coughlan
1	Diagnóstico Exploratório	Diagnóstico	Coleta de Dados
2	Pesquisa Aprofundada	Planejamento	Realimentação dos Dados
3	Ação	Execução e Ação	Análise dos Dados
4	Avaliação	Avaliação	Planejamento das Ações
5		Aprendizagem	Implementação
6			Avaliação

Figura 12 - Comparação entre as fases da pesquisa-ação
Fonte: Adaptado de Gibertoni (2007)

O modelo de Susman e Everet e o modelo de Coughlan e Coughlan, além de terem mais fases que o modelo de Thiollent, também tem como característica um processo cíclico, que se repete sucessivamente, enquanto o de Thiollent utiliza em sua abordagem ciclo fechado de pesquisa de quatro fases (Gibertoni, 2007), isto posto, para a condução deste trabalho em paralelo com um projeto de implantação de uma solução em uma situação prática com inicio, meio e fim bem definidos, adotou-se o modelo de pesquisa-ação de quatro fases de Thiollent, as quais, segundo Martins e Theóphilo (2009), possuem as seguintes características:

i- Fase Exploratória.
ii- Fase da Pesquisa Aprofundada.
iii- Fase da Ação: divulgação dos resultados.
iv- Fase da Avaliação.

3.2 DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA E PROCESSO INVESTIGATIVO

O rigoroso controle na utilização dos instrumentos de pesquisa é fundamental para evitar erros e falhas resultantes de informantes tendenciosos. Desta maneira, para que o objetivo da pesquisa fosse plenamente atingido, houve a execução de uma série de etapas sequenciais e bem definidas, iniciando pela escolha do tema do estudo até a obtenção dos resultados e elaboração do documento com os resultados (Lakatos & Marconi, 2010). Este trabalho seguiu o ciclo indicado na figura 13, cujas etapas são descritas na sequencia.

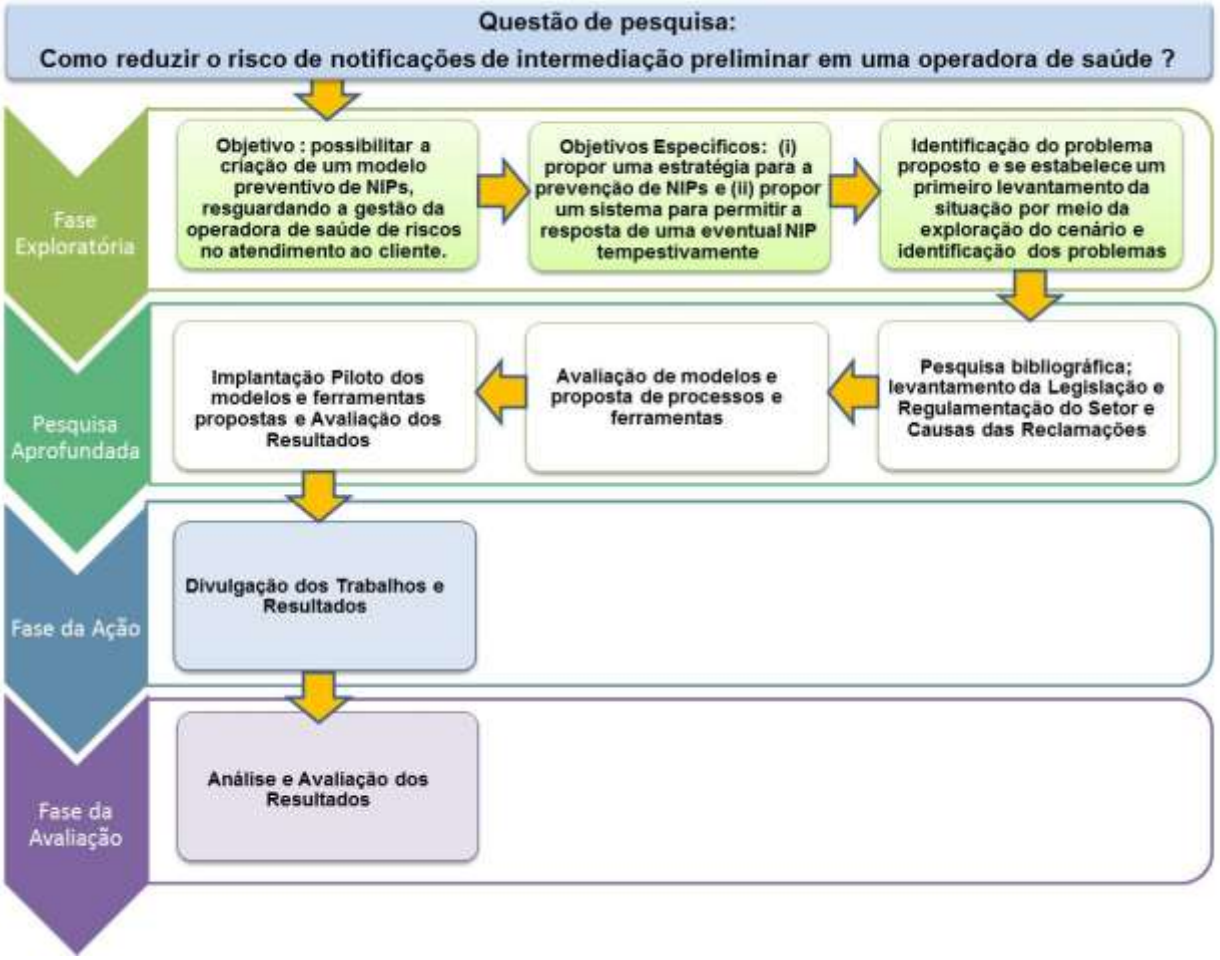


Figura 13 – Ciclo de pesquisa utilizado
Fonte: O autor

3.2.1 FASE EXPLORATÓRIA

Na primeira fase deste trabalho foi realizada a identificação do problema proposto e realizado um primeiro levantamento da situação por meio da exploração do cenário das operadoras de saúde frente a regulação e eventuais autuações e intervenções pela ANS, assim como o mapeamento de eventuais ações necessárias, realizando o diagnóstico da situação.

Nesta fase foi validado o projeto de pesquisa com base no objetivo e na questão de pesquisa apresentados em uma operadora de Saúde Suplementar, na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, que segundo os critérios de classificação da ANS é considerada operadora de grande porte.

3.2.2 FASE DA PESQUISA APROFUNDADA

Foi realizado um estudo aprofundado sobre a regulação do setor com base em uma pesquisa bibliográfica, o levantamento da Legislação e da regulamentação do setor pela ANS e demais leis aplicáveis ao setor, visando dotar a central de atendimento e a central de liberação de guias ferramentas que permitam atender as recomendações e normativas da ANS, assim como os requisitos operacionais visando redução das manifestações dos beneficiários junto à ouvidoria e a ANS. Adicionalmente os gestores indicaram a redução do tempo de médio de atendimento (TMA) como fator desejável para uma operação mais eficiente. Na fase de pesquisa aprofundada, além da busca pela solução de tecnologia que atendesse os requisitos foi realizada a implantação de uma soluções e a avaliação de resultados.

A Fase da Pesquisa aprofundada foi dividida em três subfases:

Sub-Fase 1: O levantamento bibliográfico, apresentado como referencial teórico deste trabalho.

Sub-Fase 2: Mapeamento de aderência de ferramentas de tecnologia da informação.

Sub-Fase 3: Implantação Piloto e Avaliação dos Resultados.

3.2.2.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o setor de saúde suplementar, regulação do setor e boas práticas, o qual está apresentado no Capítulo 2 - revisão da literatura.

3.2.2.2 MAPEAMENTO DE FERRAMENTAS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Foi realizado o mapeamento dos os requisitos necessários na operação (requisitos funcionais) e, na sequencia, realizada a comparação com conceitos e funcionalidades de ferramentas de tecnologia da informação, que permeiam as disciplinas de gestão de processos e de gestão de documentos, necessários para permitir atender demandas das operadoras de saúde. Os procedimentos para o recebimento, tratamento aprovação e comunicação das diversas demandas dos beneficiários são características de gestão de processos com apoio de ferramenta de *workflow*, enquanto o arquivamento e recuperação de documentos fazem parte das disciplinas de gestão de documentos (GED).

Com base nas regulamentações da ANS, descritas no referencial teórico, apresentado no capítulo II, foi elaborada uma tabela contendo as necessidades para resposta as notificações da ANS. Estas necessidades foram indicadas neste trabalho como “Elementos Primários de Avaliação” (EPA). Para cada Elemento Primário de Avaliação foram agregadas ações e operações necessárias, chamadas neste trabalho como “conceitos”.

Para cada conceito destacado foi realizada uma análise comparativa com as definições, características e funcionalidades dos sistemas GED e sistema *workflow*. Um aspecto importante que foi considerado é que a análise de sistemas informatizados (*software*) não possui padrões de medição com resultados sem a existência de fatores subjetivos, por envolver múltiplas variáveis relevantes (Reisswitz, 2009). Por este motivo, buscou-se na literatura acadêmica formas de minimizar a subjetividade desta análise.

Como premissa adotou-se que funcionalidade é a capacidade de um sistema de computador prover recursos que satisfaçam o usuário em suas necessidades, dentro de um determinado contexto (Reisswitz, 2009), sendo que o quanto o conjunto de funcionalidades de um dado sistema é adequado às necessidades dos usuários é chamado de adequação (ABNT, 2003).

As ferramentas devem ser avaliadas individualmente em relação a suas funcionalidades (Reisswitz, 2009), sendo que o método para avaliação adotado foi adaptado da proposta de modelo para avaliação de programas de computador (*software*) utilizado por Lúcio dos Anjos e Hermano de Moura (2009), sendo que esta proposta de modelo de avaliação visa possibilitar a análise de requisitos funcionais minimizando fatores subjetivos.

O método que foi utilizado consiste na análise de uma tabela (*checklist*) onde cada funcionalidade se relacione a um atributo descrito de forma objetiva, envolvendo somente uma característica funcional. Cada funcionalidade é comparada com a descrição conceitual do sistema informatizado em questão, neste caso GED e *workflow*, apresentando como resposta:

i. Valor "1" (um) para as proposições verdadeiras (Sim);

ii. Valor "0" (zero) para as proposições falsas (Não);

iii. "NA" (Não Aplicável) para as proposições que fazem referência a uma característica que não se ajusta a avaliação, e;

iv. "AP" (Avaliação Prejudicada) que é atribuído dado sempre que não houver condições de avaliação por falta de meios ou irrelevância.

Os conceitos com respostas NA e AP são excluídas dos cálculos para evitar alterações nas métricas.

Uma terceira análise foi realizada considerando ferramentas que possuem características de ferramentas de GED e de *workflow*. Neste caso, a análise realizada foi a realização do cálculo por meio do operador lógico "+" ("ou" booleano). Assim o instrumento utilizado possui duas colunas para indicar o Elemento Primário de Avaliação (EPA) e o Conceito analisado, e três colunas para indicar se o tipo da ferramenta de tecnologia da informação atende o conceito: GED – Gestão Eletrônica de Documentos; *Workflow*, e; GED e *Workflow* combinados. Este modelo de mapeamento de requisitos para a ferramenta de tecnologia da informação e as informações obtidas e o índice de adequação estão apresentados na tabela 3 e na tabela 4.

Tabela 3:
Requisitos Funcionais (parte 1 de 2)

EPA	Conceito/Funcionalidade	GED	WFM	GED+WFM
Recebimento de demandas dos prestadores e beneficiários por canais eletrônicos.	Controle de cada solicitações	0	1	1
	Possibilidade de anexar as solicitações documentos e informações adicionais	0	1	1
	Maior agilidade no atendimento pode resultar em melhor atendimento ao cliente	1	1	1
	Histórico do relacionamento com cliente	0	1	1
Organização das demandas recebidas em filas de trabalho por prioridade e data de recebimento. A documentação deverá ser mantida para eventuais questionamentos.	Melhoria no processo de negócio - O foco nos processos de negócio levam à obtenção de processos mais eficientes e simples	0	1	1
	Listagem das atividades a serem concluídas;	0	1	1
	Direcionamento automático dos documentos, com avisos de emissão aos envolvidos no processo.	0	1	1
Rastreabilidade da Demanda e Recuperação de todos os documentos recebidos e anexados necessários para a análise e auditoria	Recuperação, revisão e criação de documento de defesa	1	AP	1
Controle de Prazos. A resposta da operadora deve ser realizada dentro de prazos pré-estabelecidos, além de adotar as medidas necessárias para a solução da demanda junto ao consumidor.	Simplificação das atividades de arquivamento e recuperação de informações;	1	1	1
	Rapidez na pesquisa e recuperação de informações e de documentos armazenados;	1	0	1
	Conhecimento do status do processo a cada instante, possibilitando saber quem está realizando a tarefa e qual a previsão de termino;	0	1	1
	Histórico completo das etapas, tarefas e processos finalizados	0	1	1
	Conhecimento do status do processo online,	0	1	1
Comprovação de comunicação realizada com o beneficiário.	Histórico de atendimento	0	1	1

Fonte: O autor

Tabela 4:
Requisitos Funcionais (parte 2 de 2)

EPA	Conceito/Funcionalidade	GED	WFM	GED+WFM
Possibilidade de anexar documentos em diferentes formatos e permitir a recuperação de documentação.	Permitir a gravação de vários tipos de documentos de forma eletrônica	1	0	1
	Transformação do formato de documentos e de imagens	1	0	1
	Reunir documentos necessários e exportar em formato pdf	1	0	1
Garantia de finalização e/ou solução da demanda junto ao consumidor.	Histórico de atendimento	0	1	1
Documentação que comprove a autorização com a devida análise médica/auditoria	Histórico de processo	0	1	1
	Controle de documento de liberação	0	AP	AP
A juntada de resposta para mídia ou ANS	Melhor controle do processo - Um melhor gerenciamento de processos e a padronização dos métodos de trabalho	0	1	1
	Alarmes de atividades em atraso para o responsável e superior hierárquico;	0	1	1
	Visualização do andamento do fluxo de trabalho	0	1	1
Adequação = ∑ Funcionalidade*100/ (23 - ∑NA - ∑AP)		**30%**	**77%**	**100%**

Fonte: O autor.

Com base na análise foi possível identificar que programas de computador (software) do para a gestão eletrônica de documentos (GED) e programas de computador para gestão de fluxos de trabalho (*workflow*) independentes não atendem as necessidades de gestão de demandas segundo a ANS, pois apresentam um valor de adequação de 30% e 77% respectivamente, entretanto sistemas que combinem a gestão de fluxos de trabalho (*workflow*) e GED atendem plenamente as necessidades de gestão de demandas.

3.2.2.3 ESCOLHA DA FERRAMENTA DE *WORKFLOW* E GED

Análise de requisitos funcionais com base na pesquisa funcional indicada no item 3.2.2.2 - Mapeamento de ferramentas de tecnologia da informação, neste trabalho, permitiu ter as informações necessárias para a escolha da ferramenta computadorizada (*software*) adequada para atender as necessidades operacionais.

Elaborou-se um documento definido internamente como "*request for information*" (RFI), com base na tabela indicada no item 3.2.2.2, o qual foi enviado aos fornecedores por meio da área de suprimentos da operadora, solicitando informações técnicas e comerciais para atender as necessidades de negócio. Devido à escolha do fornecedor e tratativas comerciais serem conduzidas pela área de suprimentos, o detalhamento do processo de escolha e de aquisição do sistema não faz parte deste trabalho.

A ferramenta de sistema escolhida para foi a HealthCRM, marca fictícia por força de acordo de confidencialidade, que possui as funcionalidades de gestão de documentos (GED) e de gestão de fluxo de trabalho (*workflow*). O sistema HealthCRM além de ferramenta de gestão de fluxos de trabalho, também permite o armazenamento e a recuperação de documentos inerentes à cada demanda, sob a forma de anexos, realizando assim a função de gestão eletrônica de documentos (GED), desta forma aderente aos requisitos funcionais indicados tabela 3, item 3.2.2.2, na coluna GED+WFM, que demonstra a expectativa que uma ferramenta com estas características combinada apresente uma aderência de 100% as necessidades operacionais, segundo os critérios adotados.

O sistema HealthCRM permite que as demandas da central de atendimento fossem registradas, tanto de forma automática por meio quanto de forma manual. As demandas e solicitações recebidas por FAX e por e-mail são registradas automaticamente no sistema com número de protocolo específico, e são direcionadas para uma fila de trabalho na ferramenta de *workflow*, a qual realiza a gestão do fluxo de atendimento e prazos.

3.2.2.3 IMPLANTAÇÃO PILOTO OPERACIONAL

Para realizar a validação do conceito de utilização de ferramenta computacional (*software*) HealthCRM com características de GED e de *workflow*, a equipe de implantação elegeu o processo de autorização de internação hospitalar eletiva (GIH), considerando os seguintes motivos:

i. Complexidade e criticidade do processo assistencial;
ii. Necessidade de atendimento nos prazos estipulados;
iii. Necessária a gestão de processos com várias áreas distintas;
iv. Permitir gestão de guias, laudos e demais documentos;
v. Custo dos materiais envolvidos (OPME) é significativo.

A fase de implantação inicial em um ambiente controlado, minimizando riscos e provendo uma fase de ajustes de operação, foi chamada de "PILOTO OPERACIONAL". Neste ambiente controlado foi possível validar os recursos tecnológicos para garantir que os mesmos respondessem de forma adequada quando houver a carga total de trabalho.

Durante o piloto operacional, além do funcionamento do *software* (*workflow* e do GED) também foi demonstrada a efetividade dos indicadores operacionais (*Key Performance Indicators* - KPIs) necessários para gestão do desempenho da área de liberação de guias, os quais espelhassem a realidade da operação, neste caso TMA.

A fase de piloto operacional também foi utilizada para validar a escolha dos componentes de infraestrutura, a realização do plano de treinamento e para a validação da RFI e a sua aderência ao escopo do projeto e aos requisitos de negócio.

A intersetorialidade da operação exigiu que fossem feitas avaliações nas equipes envolvidas durante todo o processo de implantação e operação do sistema de *workflow*, elegendo-se o fator humano como fator crítico para o sucesso da automação do fluxo de trabalho com ferramenta de *workflow*.

Especial atenção foi dispensada para o treinamento dos usuários. Segundo Cresswell, Bates e Sheikh (2013) os usuários quando devidamente treinados tendem a ficar mais satisfeitos com as novas tecnologias do que aqueles que não foram adequadamente treinados, devido à falta de compreensão das capacidades do sistema, o que pode levar ao fracasso do projeto.

No processo controle de autorização de internação, pode-se citar como facilidade do sistema o armazenamento de documentos, laudos e exames necessários a aprovação da internação, assim como permitir a consulta técnica à especialistas em vários níveis, sempre que necessário, com o registro do parecer médico.

Ressalta-se a importância da avaliação sob o ponto de vista de otimização e desempenho, realizada durante o levantamento e análise dos processos de autorização de internação hospitalar (GIH), visando tornar os processos mais ágeis e mais simples que for possível, para assegurar que não sejam realizadas automações de processos com erros.

A complexidade exagerada em processos operacionais pode ser um dos principais inimigos dos bons serviços e da boa qualidade dos serviços. Segundo Reed Nelson (2006) a complexidade exagerada é quando o sistema de atividades se torna mais complexo do que o necessário para alcançar os objetivos. Com esta visão foi desenvolvido um fluxo para atender o processo de liberação de guias do tipo GIH, simbolizado na figura 14 e também indicado na lista de sequencia abaixo:

i. Solicitação é recebida por meio eletrônico (e-mail; Fax ou Guia) e entra em fila para atendimento em uma fila de triagem de documentos;
ii. Caso a solicitação seja inválida ou documentos ilegíveis a demanda é cancelada
iii. O beneficiário recebe uma notificação com detalhamento do cancelamento do processo de autorização;
iv. Caso seja necessário o atendente pode fazer a correção nos dados de identificação do beneficiário;
v. Validação de solicitação e documentos recebidos;
vi. Verifica se para a avaliação é necessária uma análise médica e/ou materiais especiais (OPME);
vii. Realizada a validação da solicitação, com a observação das informações das áreas de OPME e análise médica;
viii. Verifica se são necessários documentos complementares. Se houver necessidade de documento adicional é notificado ao solicitante, processo fica “suspenso” (pendente) e o processo suspenso é reiniciado após a chegada de documentos complementares;
ix. Notifica o beneficiário ou prestador da necessidade de documentos complementares;

x. Caso o processo esteja pendente de documento complementar por mais de 3 dias o processo é CANCELADO;
xi. Se a solicitação não tiver as condições clinicas e administrativas para a liberação, será encaminhada uma negativa;
xii. Caso seja necessário uma avaliação médica por especialista (análise médica II) o processo é submetido a análise da equipe especializada;
xiii. Caso a solicitação tiver as condições clinicas e administrativas necessárias para a liberação, o processo passará a fase de aprovação. Havendo necessidade de OPME o processo deverá passar por compras de OPME;
xiv. Com todo o processo autorizado, inclusive se houver os materiais necessários a disposição a guia de internação é aprovada com a respectiva notificação ao beneficiário ou prestador;
xv. Caso seja necessário OPME no processo, independente das análises médicas, é informada à área de OPME para eventuais considerações.
xvi. O processo fica na fila de ciência enquanto não houver aprovação;
xvii. Aguarda condução do processo de avaliação e caso necessário cadastra considerações sobre os materiais necessários;
xviii. Com a aprovação para a demanda, sendo necessário algum material especial o processo passa para área de compras de OPME - SUPRIM;
xix. Aguarda a compra dos materiais necessários;
xx. Compra de Materiais Realizada;
xxi. Caso seja necessária uma análise médica é dada uma notificação à área;
xxii. Fica na fila de análise médica
xxiii. As considerações médicas são informadas no processo;
xxiv. Caso seja necessária uma análise médica por especialista é dada uma notificação à área de consultoria e/ou auditoria com notificação por e-mail;
xxv. Fica na fila de análise médica de segundo nível;
xxvi. As considerações médicas são informadas no processo. Processo retorna a central de guias;

Demais regras de negócio:

a. Pendências serão visualizadas em uma “fila de pendências” que poderão ser liberadas a qualquer momento por um usuário com perfil de “supervisor” ou “gerente”;
b. No relatório de pendências, há a possibilidade de classificação por data, credenciado, nome do beneficiário ou pelo atendente;
c. Havendo necessidade de material é enviada notificação a OPME, inicialmente a uma fila de “pré-conhecimento”, somente a título de informação;
d. Solicitante recebe notificação e é disponibilizada consulta por meio do portal de serviços, exceto quando procedimento tiver material (OPME);
e. Quando tiver material, o processo liberado pela central de guias será transferido para a fila de liberação da OPME, a qual deverá liberar para o solicitante;
f. Na liberação uma notificação será encaminhada para SUPRIM com indicação de “compras”;
g. Na liberação, caso OPME indique uma opção diferente de “deferido” uma notificação é enviada ao analista que liberou o processo (central de guias);

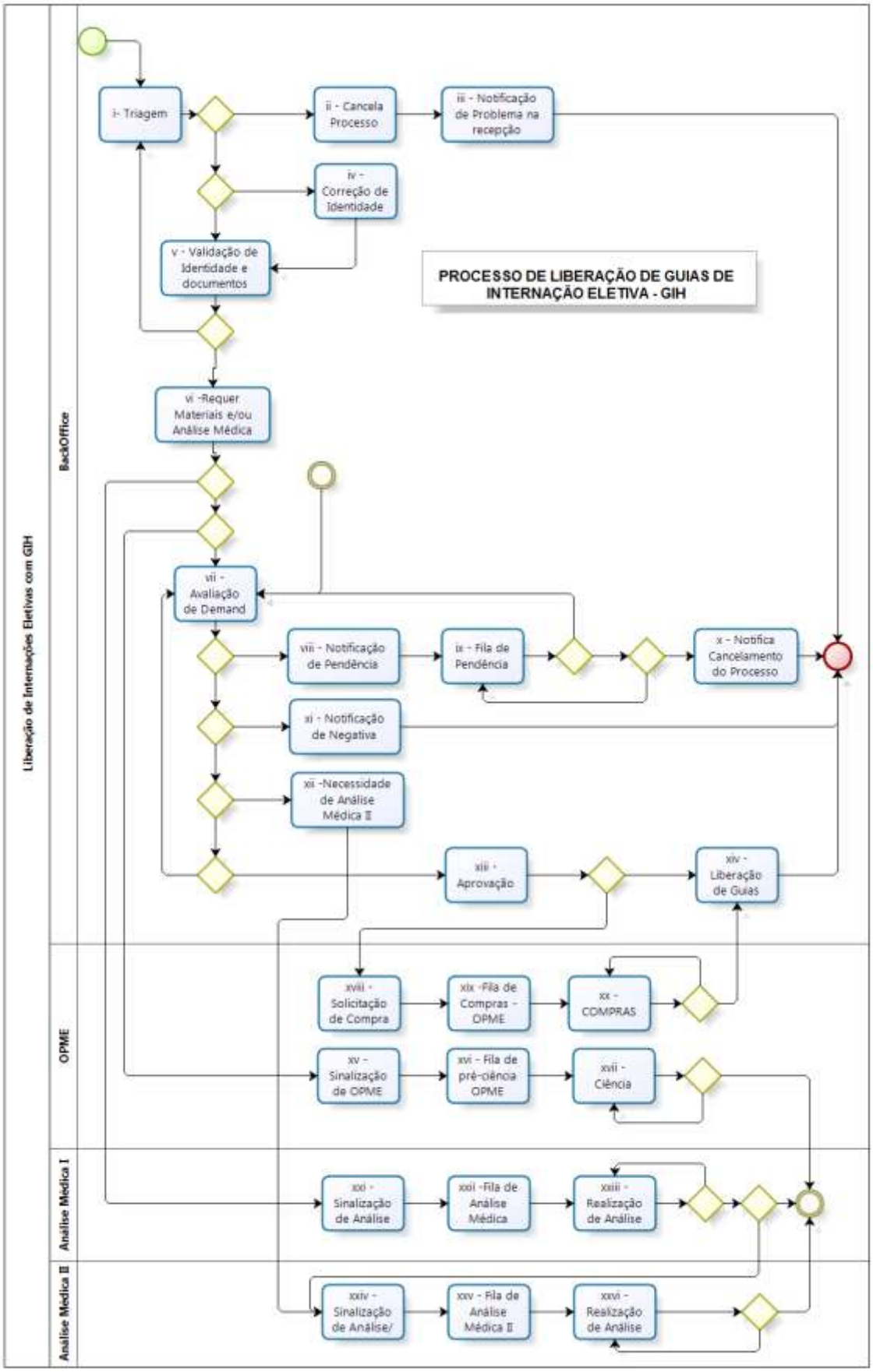


Figura 14 – Exemplo do fluxo de liberação de internações eletivas com OPME
Fonte: Os Autores

Importante destacar a necessidade de que os atendimentos devem respeitar as regras e os prazos que estão dispostos na Resolução Normativa nº 259 (ANS, 2011). Os processos de atendimentos em regime de internação eletiva, que foram escolhidos para a implantação da prova de conceito, segundo esta normativa, devem ser realizados em até 21 (vinte e um) dias, lembrando que por meio da RN 395 que entrou em vigor em maio de 2016, o beneficiário poderá solicitar à ouvidoria da operadora uma reanálise em caso de negativa, a qual deve ser realizada respeitando os prazos da RN 259.

Foram criados indicadores de nível de serviço (SLA) para os processos de liberação de guias: SLA amarelo, para indicar atenção nos casos onde o prazo de atendimento for superior a 15 dias, e; SLA vermelho, para indicar falha nos casos onde o prazo de atendimento for superior aos 21 dias preconizados na RN 259.

Quando há mudança de SLA o processo recebe uma alteração na cor para que visualmente o atendente identifique com mais atenção o processo e notificações são encaminhadas por meio de correio eletrônico (*e-mail*) para os gestores para que possam tomar as ações necessárias.

4. RESULTADO DA PESQUISA

A análise dos resultados foi realizada visando verificar o cumprimento dos requisitos necessários para atender as necessidades operacionais, conforme item 3.2, realizada a avaliação do tempo médio de atendimento e a quantidade de manifestações dos beneficiários sobre as demandas.

Após a implantação do sistema foi realizada a validação dos requisitos funcionais indicados na tabela 3, os quais foram atendidos em sua totalidade, demonstrado na tabela 5 e tabela 6 - Requisitos Funcionais Avaliados.

Tabela 5:
Requisitos Funcionais Avaliados (1 de 2)

EPA	Conceito/Funcionalidade	HealthCRM
Recebimento de demandas dos prestadores e beneficiários por canais eletrônicos.	Controle de cada solicitações	Atendeu Plenamente
	Possibilidade de anexar as solicitações documentos e informações adicionais	Atendeu Plenamente
	Maior agilidade no atendimento pode resultar em melhor atendimento ao cliente	Atendeu Plenamente
	Histórico do relacionamento com cliente	Atendeu Plenamente
Organização das demandas recebidas em filas de trabalho por prioridade e data de recebimento. A documentação deverá ser mantida para eventuais questionamentos.	Melhoria no processo de negócio - O foco nos processos de negócio levam à obtenção de processos mais eficientes e simples	Atendeu Plenamente
	Listagem das atividades a serem concluídas;	Atendeu Plenamente
	Direcionamento automático dos documentos, com avisos de emissão aos envolvidos no processo.	Atendeu Plenamente

Fonte: o autor

Tabela 6:
Requisitos Funcionais Avaliados (2 de 2)

EPA	Conceito/Funcionalidade	HealthCRM
Rastreabilidade da Demanda e Recuperação de todos os documentos recebidos e anexados necessários para a análise e auditoria	Recuperação, revisão e criação de documento de defesa	Atendeu Plenamente
Controle de Prazos. A resposta da operadora deve ser realizada dentro de prazos pré-estabelecidos, além de adotar as medidas necessárias para a solução da demanda junto ao consumidor.	Simplificação das atividades de arquivamento e recuperação de informações;	Atendeu Plenamente
	Rapidez na pesquisa e recuperação de informações e de documentos armazenados;	Atendeu Plenamente
	Conhecimento do status do processo a cada instante, possibilitando saber quem está realizando a tarefa e qual a previsão de termino;	Atendeu Plenamente
	Histórico completo das etapas, tarefas e processos finalizados	Atendeu Plenamente
	Conhecimento do status do processo online,	Atendeu Plenamente
Comprovação de comunicação realizada com o beneficiário.	Histórico de atendimento	Atendeu Plenamente
Possibilidade de anexar documentos em diferentes formatos e permitir a recuperação de documentação.	Permitir a gravação de vários tipos de documentos de forma eletrônica	Atendeu Plenamente
	Transformação do formato de documentos e de imagens	Atendeu Plenamente
	Reunir documentos necessários e exportar em formato pdf	Atendeu Plenamente
Garantia de finalização e/ou solução da demanda junto ao consumidor.	Histórico de atendimento	Atendeu Plenamente
Documentação que comprove a autorização com a devida análise médica/auditoria	Histórico de processo	Atendeu Plenamente
	Controle de documento de liberação	Atendeu Plenamente
A juntada de resposta para mídia ou ANS	Melhor controle do processo - Um melhor gerenciamento de processos e a padronização dos métodos de trabalho	Atendeu Plenamente
	Alarmes de atividades em atraso para o responsável e superior hierárquico;	Atendeu Plenamente
	Visualização do andamento do fluxo de trabalho	Atendeu Plenamente

Fonte: o autor

Em análise posterior, verificou-se que o sistema permite o controle dos processos segundo as normativas da ANS, em especial aos prazos indicados na RN 259 e RN 395. As informações visuais dos prazos de atendimento, por meio de notificações e indicações visuais de SLA dos processos demonstraram fundamentais para a gestão e o controle dos processos, garantindo as respostas dentro dos prazos preconizados pela ANS.

O sistema também demonstrou ser útil para a eventual solicitação de reanálise, determinada pela RN 395, devido a facilidade de rápida localização de processos (rastreabilidade), assim como também demonstrou adequado para recuperação de informações para as respostas aos questionamentos pela ouvidoria (RN 323) e também pela área jurídica (RN 388). Destaca-se como facilidade do sistema o armazenamento de documentos, laudos e exames necessários a aprovação da internação, assim como permitir a consulta técnica à especialistas em vários níveis, sempre que necessário, com o registro do parecer médico.

Para a análise do tempo médio de atendimento foram realizados registro dos tempos de análise e liberação de solicitações de internações na semana que antecedeu o início da fase de piloto operacional, foram registradas 50 solicitações por dia, durante 5 dias, totalizando 250 solicitações. A média do tempo de análise e liberação foi chamada de TMA1 - Tempo Médio de Atendimento sem *workflow*. Após a implantação da ferramenta computacional (*software*) HealthCRM também foram registrados os tempos de análise e liberação de 250 solicitações de internações, no prazo de uma semana. A média do tempo de análise e liberação foi chamada de TMA2 - Tempo Médio de Atendimento com *workflow*..

Foram considerados somente processos que tiveram a avaliação e aprovação pela área de *backoffice*, sem a necessidade de consulta à avaliação e/ou auditoria médica, assim como os processos que tiveram que ficar “pendentes” por conta da necessidade de documentos adicionais/complementares por parte dos prestadores ou beneficiários.

Os valores dos tempos de processos antes da implantação do sistema computacional e os tempos dos processos coletados após a implantação do sistema computacional, chamados de “TMA1” e “TMA2”, respectivamente, foram registrados em um programa de computador para análise estatística para teste de médias, *software* IBM-SPSS *for Windows*, versão 13, utilizando teste “t de Student” para amostras independentes. Os resultados dos testes de média são apresentados na figura 15.

Group Statistics

	processo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TEMPO	Sem WFM	250	7,4703	1,12488	,07114
	Com WFM	250	5,8300	,76493	,04838

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
TEMPO	Equal variances assumed	29,211	,000	19,065	498	,000	1,64028	,08603	1,47125	1,80931
	Equal variances not assumed			19,065	438,715	,000	1,64028	,08603	1,47119	1,80937

Figura 15 – Resultado da análise estatística das médias
Fonte: Os Autores

O valor médio dos tempos de processos antes da implantação do sistema computacional (TMA sem WFM) é de 7,4703 minutos, ou 07:28m (sete minutos e vinte e oito segundos) e o tempo médio dos processos coletados após a implantação do sistema computacional (TMA com WFM) é de 5,8300 minutos, ou 05:50m (cinco minutos e cinquenta segundos). O resultado da análise, por meio do teste “t” de Student para amostras independentes, indica um valor de significância igual a 0 (zero), ou seja, as médias indicadas são válidas como médias estatisticamente diferentes.

Verificou-se uma diminuição do tempo médio de atendimento com o uso do sistema computacional com ferramenta de *workflow*. O tempo médio de atendimento com a ferramenta de *workflow* é menor 1:38m (um minuto e trinta e oito segundos) em relação ao tempo médio anteriormente identificado, resultando assim um ganho de 21,96% no tempo de médio de atendimento.

Houve necessidade de realizar ajustes e correções no fluxo para que houvesse melhor aderência à operação de liberação de guias, sem causar impacto nas definições do projeto. A intersetorialidade da operação exigiu que fossem feitas avaliações nas equipes envolvidas durante todo o processo de implantação do piloto.

O capital humano foi constantemente avaliado durante o processo de implantação e operação do sistema de *workflow*, pois se esta questão fosse deixada para um plano secundário, o sucesso da automação do fluxo de trabalho com *workflow* estaria em risco tanto na implantação quanto na sua viabilidade em longo prazo.

A finalização do projeto de implantação do piloto foi realizada com a assinatura do termo de encerramento e a elaboração do relatório de lições aprendidas preconizado pela metodologia do PMI (Vargas, 2014), sendo estas informações sigilosas e de caráter estratégico. A partir do encerramento do piloto e com os ganhos operacionais obtidos, houve a decisão de manter o sistema em operação.

4.1 FASE DA AÇÃO

Os resultados da implantação da ferramenta foram expressos por meio de melhora em indicadores tangíveis (menor TMA), na aderência as funcionalidades necessárias para o atendimento a normativas da ANS, indicadas na tabela 3 e também foram identificados benefícios não tangíveis como, melhor gestão de documentos, gestão de prazos e maior controle das requisições. Estes resultados foram divulgados para a equipe envolvida e para os demais interessados (*stakeholders*).

Para a divulgação dos resultados utilizou-se de um documento com formato padrão da operadora para finalização de projetos o qual foi apresentado em reunião interna e também distribuído por correio eletrônico (*e-mail*).

4.2 FASE DA AVALIAÇÃO

Seguindo os critérios de pesquisa-ação após a fase de ação, seguiu-se a fase de avaliação da operação. Após a conclusão do projeto e o início da operação, foi iniciada uma fase de avaliação da ferramenta em produção e dos ganhos qualitativos e quantitativos com base nos resultados encontrados frente aos objetivos dos trabalhos. Esta foi baseada na aderência da ferramenta de tecnologia da informação face as regulações da ANS e a possibilidade de atender os requisitos legais.

4.2.1 RESULTADOS QUALITATIVOS

Prestar um atendimento que atenda as necessidades de um cliente não é apenas fornecer soluções para as suas necessidades, mas sim atender suas solicitações nos prazos previamente acordados (DE NÓVOA, 2011) e devido ao controle do sistema informatizado, foi constatada a diminuição de reclamações de atrasos nas conclusões das solicitações. Infere-se que com a diminuição das reclamações dos beneficiários haverá uma consequente diminuição de notificações do tipo NIP.

A implantação da ferramenta também possibilitou a criação de indicadores para os gestores realizar a monitoração da operação em tempo real, controle de produtividade, gestão dos prazos e a rápida recuperação dos documentos do processo, indicados na tabela 5 e na tabela 6.

4.2.2 RESULTADO QUANTITATIVO - AUMENTO DE PRODUTIVIDADE

Os indicadores de tempo de atendimento (TMA) com a utilização da ferramenta computacional é menor 1:38m (um minuto e trinta e oito segundos) em relação ao tempo médio anteriormente identificado, resultando assim um ganho de 21,96% no tempo de atendimento. O aumento da capacidade de atendimento indica um aumento de produtividade da equipe.

4.2.3 AVALIAÇÃO FINAL E CONTROLE DE MANIFESTAÇÕES

Este trabalho demonstrou que a implantação de um sistema informatizado de *workflow* e GED contribui para eficiência do atendimento e melhoria da qualidade dos serviços prestados de uma operadora de saúde, tendo apresentado como resultados a diminuição do tempo de atendimento e melhor gestão dos processos.

Com um controle efetivo sobre todas as demandas, além de garantir o prazo de atendimento, também é possível garantir uma maior assertividade nas análises e o cumprimento as normativas da ANS. Ao dotar o departamento de liberação de guias de internações eletivas (GIH) com ferramentas de gestão e controle a quantidade de manifestações diminuiu de 24 por semana para 13 por semana, infere-se que com a redução das manifestações na ouvidoria há redução do risco de reclamações e processos do tipo notificação de intermediação preliminar – NIP (ANS, 2016e).

A metodologia utilizada de pesquisa-ação mostrou-se adequada a realização deste trabalho com resultados práticos. Este estudo poderá contribuir para operadoras de saúde que buscam melhoria dos serviços prestados e aumento de produtividade.

Importante salientar que, em empresas de saúde, a transformação requer mudanças no comportamento individual, nas interações da equipe, assim como nas operações (Bohmer, 2016). Desta forma, infere-se que embora fornecedores de tecnologia da informação possam oferecer sistemas para suportar as melhorias necessárias, as mudanças operacionais também dependem do trabalho de redesenho interno dos processos (Bohmer, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA

Como o objetivo do trabalho é responder a questão: “Como atender demandas dos beneficiários de uma operadora de saúde suplementar com maior eficiência e maior controle?”, este estudo pode contribuir com os gestores das operadoras de planos de saúde na melhoria dos processos em centrais de atendimento ao beneficiário, permitindo alavancar a qualidade e a integração com soluções.

Este trabalho atingiu o objetivo de demonstrar que a implantação de um sistema informatizado contribuiu para eficiência do atendimento e melhoria da qualidade dos serviços prestados de uma operadora de saúde, tendo apresentado como resultados significativos em termos quantitativos, além de proporcionar a apresentação de indicadores que permitem aos gestores fazer a monitoração da operação em tempo real, relatórios históricos e rápida recuperação dos documentos do processo. Outro ponto foi a constatação de diminuição de reclamações de atrasos nas conclusões das solicitações, devido ao controle do sistema informatizado.

5.1 PROPOSIÇÃO DE MODELO

A implantação de um sistema informatizado de *workflow* e GED contribui para que o atendimento seja realizado de forma aderente as normativas da ANS, entretanto observou-se que é necessário que todas as áreas da operadora de saúde que realizem atendimento aos beneficiários e prestadores utilizem o mesmo sistema informatizado, para possibilitar o controle efetivo sobre todas as demandas e dos prazos de atendimento, entre as áreas que fazem atendimento ao beneficiário estão a central de atendimento (*contact center*), a área de liberação de guias (*backoffice*), a ouvidoria, a área financeira e a área jurídica. Neste modelo a ferramenta computacional passa a ser um repositório centralizado com todas as demandas dos beneficiários e prestadores.

5.2 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURAS

Demostrou-se que uma ferramenta de tecnologia pode melhorar a eficiência dos processos de atendimento da operadora, como a liberação de guias (GIH) pela área de *backoffice*, com isso responder a questão: “Como atender demandas dos beneficiários de uma operadora de saúde suplementar com maior eficiência e maior controle?”, entretanto podem ocorrer reclamações do tipo NIP devido a outros fatores, como a não aceitação por parte do beneficiário de uma negativa, mesmo que esta negativa tenha o respaldo contratual.

A implantação de uma ferramenta informatizada permite o controle de demandas e o atendimento as normativas da ANS, por outro lado além de aumento de produtividade é possível a redução do risco de notificações de intermediação preliminar em uma operadora de saúde, com a implantação de sistema de *workflow* em todos os processos de atendimento aos beneficiários.

Acredita-se ser possível com a reavaliação dos processos e melhor treinamento dos usuários na utilização da ferramenta computacional diminuir o tempo de atendimento.

Não fez parte do escopo deste trabalho o detalhamento do processo de escolha e de aquisição das ferramentas computacionais por meio de requisição de informações (RFI) ou de requisição de propostas (RFP).

Um ponto de atenção é que é necessário realizar uma integração entre o sistema de gestão de demandas estudado neste trabalho e o sistema de gestão corporativo a recuperação dos dados dos beneficiários.

Especial atenção deve ser dada a questão da dinâmica da legislação do setor e a frequência de alterações das normativas da ANS, portanto, para futuras referências deve-se levar em consideração eventuais alterações na legislação, principalmente alterações nas resoluções normativas da ANS que foram citadas neste trabalho.

REFERÊNCIAS

ABNT. (2003). NBR ISO/IEC 9126-1. ABNT. Recuperado de http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/simulacao/sum_executivo/pdf/fichatecnica_21.pdf

ABPMP. (2013). Cbok v3.0 - Guia para o gerenciamento de processos de negócio corpo comum de conhecimento. Association of Business Process Management Professionals - ABPMP.

Andrade, R. R. de. (2014). Implantação e Avaliação do Gerenciamento Eletrônico de Documentos-GED: um estudo de caso na Unicred Central Norte e Nordeste. Recuperado de http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/3653

ANS. (2002). *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Ministério da Saúde/ANS Rio de Janeiro.

ANS. (2007). Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Recuperado de http://nutritotal.com.br/publicacoes/files/1217--promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf

ANS. Resolução Normativa RN 259 (2011). Recuperado de http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==

ANS. (2013a). ANS Resolução Normativa 323. Recuperado 17 de julho de 2016, de http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA==

ANS. (2013b). Manual de Ouvidoria da Saúde Suplementar. Recuperado 12 de julho de 2016, de http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Ouvidoria/manual_ouvidoria.pdf

ANS. (2014). Caderno de Informação da Saúde Suplementar. ANS.

ANS. (2015a). ANS completa 15 anos - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 19 de abril de 2015, de http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/2731-ans-completa-15-anos

ANS. (2015b). ANS suspende a comercialização de 70 planos de 11 operadoras - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 28 de março de 2015, de http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2767-ans-suspende-a-comercializacao-de-70-planos-de-11-operadoras

ANS. (2015c). Índice de Reclamações - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 20 de novembro de 2015, de http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes

ANS. (2015d). Resolução extrajudicial de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde. Recuperado 7 de dezembro de 2015, de http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/2141/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20extrajudicial%20de%20conflitos%20entre%20consumidores%20e%20operadoras%20de%20planos%20de%20sa%C3%BAde.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANS. (2015e). Resolução Normativa - RN 388. Recuperado 17 de julho de 2016, de http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzEzNg==

ANS. (2015f). Resolução Normativa - RN 386. Recuperado 17 de julho de 2016, de http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEwMA==

ANS. (2015g, março 28). Principal - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 28 de março de 2015, de http://www.ans.gov.br/

ANS. (2016a). ANS Resolução Normativa 395. Recuperado 17 de julho de 2016, de https://www.google.com.br/search?q=ans+rn+323&ie=utf-8&oe=utf-

8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=HpGLV_6XOKPL8gfvmr2YCg#q=ans+rn+395

ANS. (2016b). Dados Gerais - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 1º de maio de 2016, de http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais

ANS. (2016c). Histórico - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 1º de maio de 2016, de http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico

ANS. (2016d). *OFICINA Resolução Normativa – RN n° 388/2015*. Recuperado de Apresenta__o NOVA FISCALIZA__O - RN 388.pdf.

ANS. (2016e). Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias REA-Ouvidorias Ano Base: 2015. Recuperado de http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Ouvidoria/relatorio_atividades_ouvidoria_2015.pdf

ANS. (2016f). Resolução Normativa - RN 396. Recuperado 17 de julho de 2016, de http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE2OQ==

ANS. (2016g). Sala de Situação - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 5 de novembro de 2016, de http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao

ANS, & Diretoria de Fiscalização, G. (2015). Resolução Extrajudicial de Conflitos entre Consumidores e Operadoras de plano de Saúde: NIP. Recuperado 7 de dezembro de 2015, de http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/20151027_Flavia_Resolucao_Extrajudicial_de_Conflitos_entre_Consumidores_e_Operadoras_de_plano_de_SaudeNIP.pdf

Araújo, A. C. C. (2012). Diagnóstico das práticas de gestão do conhecimento no setor hospitalar.

Assis Iasbeck, L. C. (2012). Ouvidoria é comunicação. *Revista Organicom*, *7*(12). Recuperado de http://www.revistaorganicom.org.br/sistema/index.php/organicom/article/view/253

Balestrin, F. (2015). *Contribuição para o debate sobre dispositivos médicos (OPME) - Visão ANAHP*.

Banco Central. (2016a). 197ª Reunião. Recuperado 17 de abril de 2016, de http://www.bcb.gov.br/?copom197

Banco Central. (2016b). Relatório de Inflação – março de 2016 - ri201603b1p.pdf. Recuperado 17 de abril de 2016, de http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2016/03/ri201603b1p.pdf

Bernardes, H., Karla, B., & Costa, K. (2013). Modularização: simplificando a gestão e maximizando os resultados. *Espacios*, *34*(2), 2–16.

Biancolino, C. A., Kniess, C. T., Maccari, E. A., & Rabechini Jr, R. (2012). Protocolo para elaboração de relatos de produção técnica. *Revista de Gestão e Projetos-GeP*, *3*(2), 294–307.

Bohmer, R. M. (2016). The hard work of health care transformation. *New England Journal of Medicine*, *375*(8), 709–711.

Campos, A. M., & Santiago Jr, D. (2002). Em busca de um sistema de controle e avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS*, 149–160.

Carr, W. (2006). Philosophy, methodology and action research. *Journal of Philosophy of Education*, *40*(4), 421–435.

Carvalho, R. B. de, & Ferreira, M. A. T. (2012). Tecnologia da informação aplicada à gestão do conhecimento: tipologia e usos de softwares. Recuperado de http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/handle/123456789/431

Cbok v3.0. (2013). abpmp.

Cees, R. (2014). *Reputação: O Valor Estratégico do Engajamento de Stakeholders*. Elsevier Brasil.

Chagas, J. F., de Palabras, C., del Trabajo, T., & para Pymes, M. de G. C. (2007). Governança corporativa: aplicabilidade do conceito, dos princípios e indicadores à gestão de pequenas e médias organizações. *CEP*, *60*, 180.

Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). Recuperado de http://www.militarpos64.com.br/wp-content/uploads/2008/09/cf-constituicao-da-republica-federativa-do-brasil-de-05-de-outubro-de-1988.doc

ContactBabel. (2007). The US Contact Center Operational Review.

Costa, V. J. R. (2015). *A Gestão da Qualidade como instrumento de inovador na Indústria das Telecomunicações*. Instituto Superior de Economia e Gestão. Recuperado de http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/10854

Cresswell, K. M., Bates, D. W., & Sheikh, A. (2013). Ten key considerations for the successful implementation and adoption of large-scale health information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *20*(e1), e9–e13.

Curci, K. A., Oliveira, M. R. de, Souza Rangel, M. M., & Mendes, S. (2013). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: um breve histórico. *Mundo Saúde*, *37*(2), 230–40.

da Silva, C. R. M., & da Rocha Martins, S. (2013). The Next Generation for Business Process Management Systems and its Technological Implications. Recuperado de http://aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1051&context=confirm2013

de Assis, S., Miraldo, C., Zacarias, G., & Sarquis, A. (2015). Uso das Práticas de Gestão de Projetos para Obter Eficiência e Qualidade na Implantação de Sistemas de Gerenciamento da Central de Atendimento aos Beneficiários de uma Operadora de Saúde. Recuperado de http://www.singep.org.br/4singep/resultado/118.pdf

DE NÓVOA, P. M. (2011). Sistema para Tratamento de Demandas e Reclamações em um Plano de Saúde. *outubro*. Recuperado de http://www.santosediniz.com.br/wp-content/uploads/2011/09/sistema_para_tratamento_de_demandas_e_reclama%C3%A7%C3%B5es_em_um_plano_de_sa%C3%BAde1.pdf

Decreto 6.523. (2008). Decreto Nº 6.523. Recuperado 17 de julho de 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm

dos Anjos, L. A. M., & de Moura, H. P. (2009). Um Modelo para Avaliação de Produtos de Software. Recuperado de http://eagency.googlecode.com/svn/trunk/Docs%20FTP/arquivo_13.pdf

dos Santos Carnasciali, A. M., & Bulgacov, S. (2014). Recursos e Competências Organizacionais Distribuídos na Saúde Pública/Distributed Resources and Organizational Skills in Public Health. *Revista de Administração Contemporânea*, *18*(6), 832.

dos Santos, F. P., Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2008). A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*(5), 1463–1475.

Ferreira, E., Matos, F. R. N., Matos, D. M., Bugarim, M. C. C., & de Queiroz Machado, D. (2015). Governança Corporativa na Saúde Suplementar: Estudo de Caso em uma

Operadora de Plano de Saúde. *Pensamento & Realidade. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração-FEA. ISSN 2237-4418*, *29*(3), 21.

Ferreira, H., Cassiolato, M., & Gonzalez, R. (2009). Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo. Recuperado de http://www.lume.ufrgs.br/handle/123456789/136

Ferreira, H., & dos Santos, H. (2010). Afinal, o que é essa tal ouvidoria? Recuperado 27 de maio de 2016, de http://www.procon.sp.gov.br/pdf/ouvidoria_que_e.pdf

Freeman, R. E. (2010). *Strategic management: A stakeholder approach*. Cambridge University Press. Recuperado de https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=NpmA_qEiOpkC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Strategic+management:+a+stakeholder+approach&ots=6-hjF7O7PK&sig=PXbQf-YDAewKyDkKhsy1W-9VIao

Freeman, R. E., & McVea, J. (2001). A stakeholder approach to strategic management. Recuperado de http://papers.ssrn.com/sol3/Papers.cfm?abstract_id=263511

Friedemann, A., Sato, M. K., & Albrecht, W. F. (2014). Manual de procedimentos para administração de infraestrutura de contact centers com até 100 posições de atendimento. Recuperado de http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/2059

Giandon, A. C., Mendes Jr., R., & Scheer, S. (2001). Gerenciamento eletrônico de documentos no processo de projetos de edifícios. In *Workshop Nacional: gestão do processo de projeto na construção de edifícios*. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Sergio_Scheer/publication/267414695_GERENCIAMENTO_ELETRNICO_DE_DOCUMENTOS_NO_PROCESSO_DE_PROJETOS_DE_EDIFCIOS/links/5457ae110cf26d5090ab4e6b.pdf

Gibertoni, D. (2007). Uma Discussão sobre Pesquisa-Ação na Engenharia de Produção. *Interface Tecnológica*, *4*(1), 51.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (Vol. 5). Atlas. Recuperado de http://www.academia.edu/download/31031805/9482_lista_de_revisao_1%C2%BA_bimestre_com_respostas_direito.pdf

Giovanella, L., Ribeiro, J. M., & do Rosário Costa, N. (2002). Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. *Saúde Regulação&*, 156.

Gonçalves, J. E. L. (2000). As empresas são grandes coleções de processos. *RAE*, *40*(1), 7.

Greef, A. C. (2013). Gerenciamento de processos de negócio e workflow: estado da arte e delineamento conceitual. *Revista E-Tech: Tecnologias para Competitividade Industrial-ISSN-1983-1838*, *6*(1), 54–78.

Guimarães, D. S., Soares, E. J., Júnior, G. F., & Medeiros, D. D. (2015). Attributes and circumstances that induce inappropriate health services demand: a study of the health sector in Brazil. *BMC health services research*, *15*(1), 65.

IESS. (2016). Gastos da saúde crescem mesmo frente à retração da economia, aponta IESS. Recuperado 17 de abril de 2016, de http://iess.org.br/?p=imprensa&categoria=noticia

Jacques, C. C., Milanez, B., & Mattos, R. de C. O. da C. (2012). Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde Indicators for Occupational Health Reference Centers: proposal of a system for monitoring health services. *Ciênc. saúde coletiva*, *17*(2), 369–378.

Joosten, S. (1995). Conceptual theory for workflow management support systems. *Arbeitspapier des Centre for Telematics and Information Technology, Universität Twente, Enschede*. Recuperado de http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.56.2300&rep=rep1&type=pdf

Judge, W. Q., Weber, T., & Muller-Kahle, M. I. (2012). What are the correlates of interdisciplinary research impact? The case of corporate governance research. *Academy of Management Learning & Education*, *11*(1), 82–98.

Kao, C. H., & Liu, S. T. (2013). Development of a Document Management System for Private Cloud Environment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *73*, 424–429.

Kerzner, H. R. (2013). *Project Management Metrics, KPIs, and Dashboards: A Guide to Measuring and Monitoring Project Performance*. John Wiley & Sons.

Kipper, L. M., Ellwanger, M. C., Jacobs, G., Nara, E. O. B., & Frozza, R. (2011). Gestão por processos: comparação e análise entre metodologias para implantação da gestão orientada a processos e seus principais conceitos. *Tecno-Lógica*, *15*(2), 89–99.

Koerich, M. S., Backes, D. S., Sousa, F. G. M. de, Erdmann, A. L., & Alburquerque, G. L. (2009). Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *11*(3), 717.

Kumar, S., & Srivastava, M. (2016). A Critical Review On Perception & Benefits Of Customer Relationship Management (CRM) System In Indian Private Hospitals. *Adhyayan*, 21.

Lajara, T. T. (2013). Governança da informação na perspectiva de valor, qualidade e compliance: estudo de casos múltiplos. Recuperado de http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/66833

Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (2010). Fundamentos da metodologia científica. In *Fundamentos da metodologia científica*. Altas. Recuperado de http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=758946&indexSearch=ID

Lei 9.961. (2000). Lei nº 9961, de 28 de Janeiro de 2000. Recuperado 31 de maio de 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccIVIL_03/leis/L9961.htm

Lei 8078. (1990). LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990. Recuperado 17 de julho de 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm

Lei 9656. (1998). lei 9656. Recuperado 17 de julho de 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm

Lei 9961. (2000). LEI No 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000. Recuperado 17 de julho de 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm

Maccari, E. A., Rodrigues, L. C., Alessio, E. M., & Quoniam, L. M. (2011). Sistema de avaliação da pós-graduação da Capes: pesquisa-ação em um programa de pós-graduação em Administração. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, *5*(9). Recuperado de http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/147

Malachias, C. M. G. (2014). O PODER DO CONHECIMENTO. *Revista Eletrônica da Pós-Graduação da Cásper Líbero-ISSN 2176-6231*, *6*(2). Recuperado de http://200.144.189.42/ojs/index.php/comtempo/article/view/8818

Martins, G. de A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. Atlas.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. (2010). Indicadores de Programas - Guia Metodológico.

Monteiro, S. J. (2007). *Estudo do problema da comunicação em tempo real com o consumidor na situação de interrupção de fornecimento de energia elétrica em dias críticos*. Universidade de São Paulo. Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3143/tde-23072007-230656/en.php

Moyses Filho, J. (2015). *Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde*. Editora FGV. Recuperado de https://books.google.com.br/books?hl=pt-

BR&lr=&id=th6HCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Planejamento+e+gest%C3%A3o+estrat%C3%A9gica+em+organiza%C3%A7%C3%B5es+de+sa%C3%BAde&ots=HJhd1SJEfg&sig=AgSCjIGDonaWPHkWQoxnYCE7_mo

Nascimento, M. C., & Gabry, T. C. (2016). Uma ferramenta de avaliação de desempenho para apoio à garantia de qualidade de nível de serviço. Recuperado de http://bd.centro.iff.edu.br/xmlui/handle/123456789/1132

Nelson, R. E. (2006). *Cultura empresarial e atendimento superior: gerenciando a prestação de serviços no século 21*. Gráfica e Editora Cidade.

Nicolao, M., & Oliveira, J. P. M. de. (1996). Caracterizando sistemas de workflow. *Read: revista eletronica de administracao. Porto Alegre. Edição 3, vol. 2, n. 2 (set./out. 1996), documento eletrônico*. Recuperado de http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/19254

Oliveira, D., da Silva, M. P., & Lima, T. A. (2015). Um Estudo Exploratório Da Gestão De Pessoas Na Integração E Disseminação Da Governança Corporativa. *Augusto Guzzo Revista Acadêmica*, *2*(16), 241–268.

Oliveira, S. B. de, Motta, R. A. S. M. da, & Oliveira, A. S. de. (2012). Gestão de processos e tecnologia de informação: em busca da agilidade em serviço. *GESTÃO. Org-Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, *10*(1). Recuperado de http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/view/487

Otoni, D. P., Moreira, M. A. R., & Martins, A. M. (2014). THE IMPORTANCE OF DATABASE MARKETING (DBM) FOR THE CUSTOMER MANAGEMENT. Recuperado de http://www.contecsi.fea.usp.br/envio/11contecsi-files/papers/603/submission/director/603-2384-1-DR.pdf

Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) The Citizen Constitution and the 25th anniversary of the Brazilian Unified National Health System (SUS). *Cad. Saúde Pública*, *29*(10), 1927–1953.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2012). Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Veja*, *6736*(11), 60054–8.

Paim, R., Cardoso, V., Caulliraux, H., & Clemente, R. (2009). *Gestão de Processos: Pensar, agir e aprender*. Bookman.

Paiva, L. (2014). *Avaliação da produtividade do Ministério Público: o caso particular do DIAP de Lisboa*. Recuperado de http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/7962

Pedroso, M. C. (2010). *Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde*. Universidade de São Paulo. Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24052011-115333/en.php

Pereira, T. (2014). Citação de Telmo Pereira, CEO Amil S.A.

Picchiai, D. (2008). Estratégia, estrutura e competências: estudo de caso de três operadoras de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão. Recuperado de http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/2931

Pinto, L. A., Sena, D. C., & Soares, C. A. (2013). Gestão estratégica-Um estudo de caso sobre a utilização da metodologia BSC em uma empresa do estado de São Paulo. *Revista Interatividade*, *1*(2), 48–62.

Porter, M. (1998). *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance* (1st ed).

Porter, M. (2004). *Estrategia competitiva*. Elsevier Brasil. Recuperado de http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=SxvCKIh706gC&oi=fnd&pg=PR12&dq=livro+Estrategia+Competitiva+

+Por+Michael+Porter&ots=sVZUT36Myf&sig=7ByXuYD-hZLQLuVph9VeJQaZlcA

Porter, M. E., & Millar, V. E. (1985a). *How information gives you competitive advantage*. Harvard Business Review, Reprint Service. Recuperado de http://www.hument.org/downloads%5Centerprises%5CHarvard%20Business%20Review%20-%20How%20information%20gives%20you%20competitive%20advantage%20-%20Michael%20Porter.pdf

Porter, M. E., & Millar, V. E. (1985b). *How information gives you competitive advantage*. Harvard Business Review, Reprint Service. Recuperado de http://www.hument.org/downloads%5Centerprises%5CHarvard%20Business%20Review%20-%20How%20information%20gives%20you%20competitive%20advantage%20-%20Michael%20Porter.pdf

Pradella, S. (2013a). Gestão de processos: uma metodologia redesenhada para a busca de maior eficiência e eficácia organizacional. *Revista Gestão & Tecnologia*, *13*(2), 94–121.

Pradella, S. (2013b). Gestão de processos: uma metodologia redesenhada para a busca de maior eficiência e eficácia organizacional. *Revista Gestão & Tecnologia*, *13*(2), 94–121.

Rabelo, F., & SILVEIRA, J. M. da. (1999). Estruturas de governança e governança corporativa: avançando na direção da integração entre as dimensões competitivas e financeiras. *Textos para discussão*, (77). Recuperado de http://www.logisticareversa.net.br/uploads/1/6/3/0/1630201/estruturas_de_gov_corp_-_integracao_entre_dimensoes_competitivas_e_financeiras_-_rabelo_e_silveira.pdf

Raitoharju, R., & Laine, M. (2006). Exploring the differences in information technology acceptance between healthcare professionals. *AMCIS 2006 Proceedings*, 322.

Reis, C. O. O. (2014). O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, *51*(1), 124–147.

Reisswitz, F. (2009). *Análise De Sistemas V. 9*. Clube de Autores. Recuperado de https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=NRNFBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=an%C3%A1lise+de+sistemas+-+Flavia+Reisswitz&ots=cNsGV0GbzB&sig=I0N0JLkUoAjKzujOvAnIR3fPnV4

Rezende, L. V. R., Silveira, R. C., & Pádua, R. E. T. (2013). Levantamento de requisitos para a implantação de um sistema de gerenciamento eletrônico de documentos em um software de gestão de processos. In *Anais do Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação-FEBAB* (Vol. 25, p. 2176–2191). Recuperado de http://portal.febab.org.br/anais/article/view/994

Ribeiro, H. C. M., Costa, B. K., & Ferreira, M. P. (2015). PRODUÇÃO ACADÊMICA DOS TEMAS ESTRATÉGIA E GOVERNANÇA CORPORATIVA. *Revista de Administração FACES Journal*, *13*(3). Recuperado de http://www.fumec.br/revistas/facesp/article/download/1679/1581

Rieg, D. L., Scramim, F. C. L., & Del Roio, M. L. (2014). Modelo para Formulação de Estratégia de Operações em Serviços: Um Estudo de Caso em uma Empresa de Contact Center. *Sistemas & Gestão*, *9*(3), 276–289.

Rocha, T. L. (2012). Viabilidade da Utilização da Pesquisa-Ação em Situações de Ensino-Aprendizagem. *Cadernos da FUCAMP*, *11*(14). Recuperado de http://fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/218

Rodrigues, F. (2014). Direito, economia e saúde suplementar: regulação eficiente para garantia do direito fundamental à saúde. *Revista Direito Mackenzie*, *6*(2). Recuperado de http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/rmd/article/view/6641

Rodrigues, W. (2007). Metodologia científica. *FAETEC/IST*. Recuperado de http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/fetch/64878127/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf

Romeiro, J. de S., Nascimento, R. P., & de Andrade, R. O. B. (2014). O Impacto da Cultura na Mudança Organizacional e Tecnológica: um estudo sobre a implantação do Sistema de Gestão de Documentos e Arquivos na Fundação Oswaldo Cruz/RJ. In *V Congresso Nacional de Administração e Ciências Contábeis-AdCont 2014*. Recuperado de http://adcont.ppgcc.ufrj.br/index.php/adcont/adcont2014/paper/view/1358

Salvatori, R. T., & Ventura, C. A. (2012a). The National Agency of Supplementary Health-ANS: eleven years in regulating health insurance plans. *Organizações & Sociedade*, *19*(62), 471–488.

Salvatori, R. T., & Ventura, C. A. A. (2012b). A agência nacional de saúde suplementar-ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. *Organizações & Sociedade*, *19*(62). Recuperado de http://www.portalseer.ufba.br/index.php/revistaoes/article/viewArticle/11208

Santos, A. O., Delduque, M. C., & Alves, S. M. C. (2016). The three branches of Government and financing of the Brazilian Unified National Health System: 2015 in review. *Cadernos de saude publica*, *32*(1). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000100301&script=sci_arttext

Scalercio, G., Nolasco, L. A., & Araújo, M. A. (2009). Avaliação institucional e instrumentos de gestão: uma análise da ação fiscalizatória da ANS. Recuperado de http://banco.consad.org.br/handle/123456789/220

Secco, W. (2015). Principais fatores que afetam a produtividade nas indústrias de Pato Branco. Recuperado de http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/3368

Silva, A. A. da. (2003). Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico. *Porto Alegre*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf

Soares, C. C. B. (2012). *APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DO BALANCED SCORECARD NUMA ESTRUTURA DE CENTRO DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS*. CENTRO DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS Caroline Campos Barata Soares Gabriel Frederico Carvalho Runte Projeto de Graduação apresentado ao Curso de Engenharia de Produção da Escola Politécnica, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Recuperado de http://monografias.poli.ufrj.br/monografias/monopoli10004848.pdf

Stigler, G., Prado, M. M., & Mattos, P. (2004). *Regulação econômica e democracia: o debate norte-americano*. Editora 34. Recuperado de https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=IFWpbIvyincC&oi=fnd&pg=PA1&dq=livro+a+regula%C3%A7%C3%A3o+economica+e+a+democracia&ots=P4y5poPiHY&sig=_Yv5_aIagKxYi_1nFHNVItU5W64

Tanaka, F. H. R., & Franco, S. (2013). A Mediação De Conflitos Na Ação Fiscalizatoria Do Setor De Saúde Suplementar Brasileiro. *Value in Health*, *16*(7), A680–A681.

Terziovski, M., & Samson, D. (1999). The link between total quality management practice and organisational performance. *International Journal of Quality & Reliability Management*, *16*(3), 226–237.

Theophilo, R. L., & Alves, S. M. C. (2013). O Cidadão e a Ouvidoria Geral do SUS: Análise das Demandas Protocoladas no Disque Saúde em 2011. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, *7*(1), 41–54.

Thiollent, M. T. (2009). *Metodologia da pesquisa-ação*. Saraiva.

Tisott, P. B., Prantz, C., Malafaia, G. C., Tondolo, V. A. G., & Borelli, V. (2016). Integração Vertical nos Sistemas de Saúde Suplementar: O Caso de uma Operadora de Saúde na Modalidade de Autogestão. *Revista Gestão Industrial*, *12*(1). Recuperado de https://revistas.utfpr.edu.br/revistagi/article/view/3130

Trindade, L. Z., & Neto, S. B. (2014). Análise e percepção dos custos das práticas de governança corporativa: um estudo de caso. *Contextus-Revista Contemporânea de Economia e Gestão*, *12*(3), 64–97.

Turban, E., Aronson, J., & Liang, T.-P. (2005). *Decision Support Systems and Intelligent Systems 7 Edition*. Pearson Prentice Hall. Recuperado de http://www.fsa.ulaval.ca/cours/plans/2006A/SIO67065_1975.pdf

Valor Economico. (2016). Mercado piora novamente previsão para inflação e PIB em 2016 | Valor Econômico. Recuperado 17 de abril de 2016, de http://www.valor.com.br/brasil/4435800/mercado-piora-novamente-previsao-para-inflacao-e-pib-em-2016

Van Aken, J. E. (2007). Design science and organization development interventions aligning business and humanistic values. *The Journal of Applied Behavioral Science*, *43*(1), 67–88.

Villalobos, A. P. D. O., & OLiver, P. (2014). A gestão informatizada de documentos no TCM do Estado da Bahia. *PontodeAcesso*, *8*(1), 24–38.

Workflow Management Coalition. (2015). Recuperado 19 de abril de 2015, de http://wfmc.org/

APÊNDICE A – FLUXO DE LIBERAÇÃO DE GUIAS

Imagem ampliada do fluxo para atender o processo de liberação de guias do tipo GIH (parte 1 de 2)

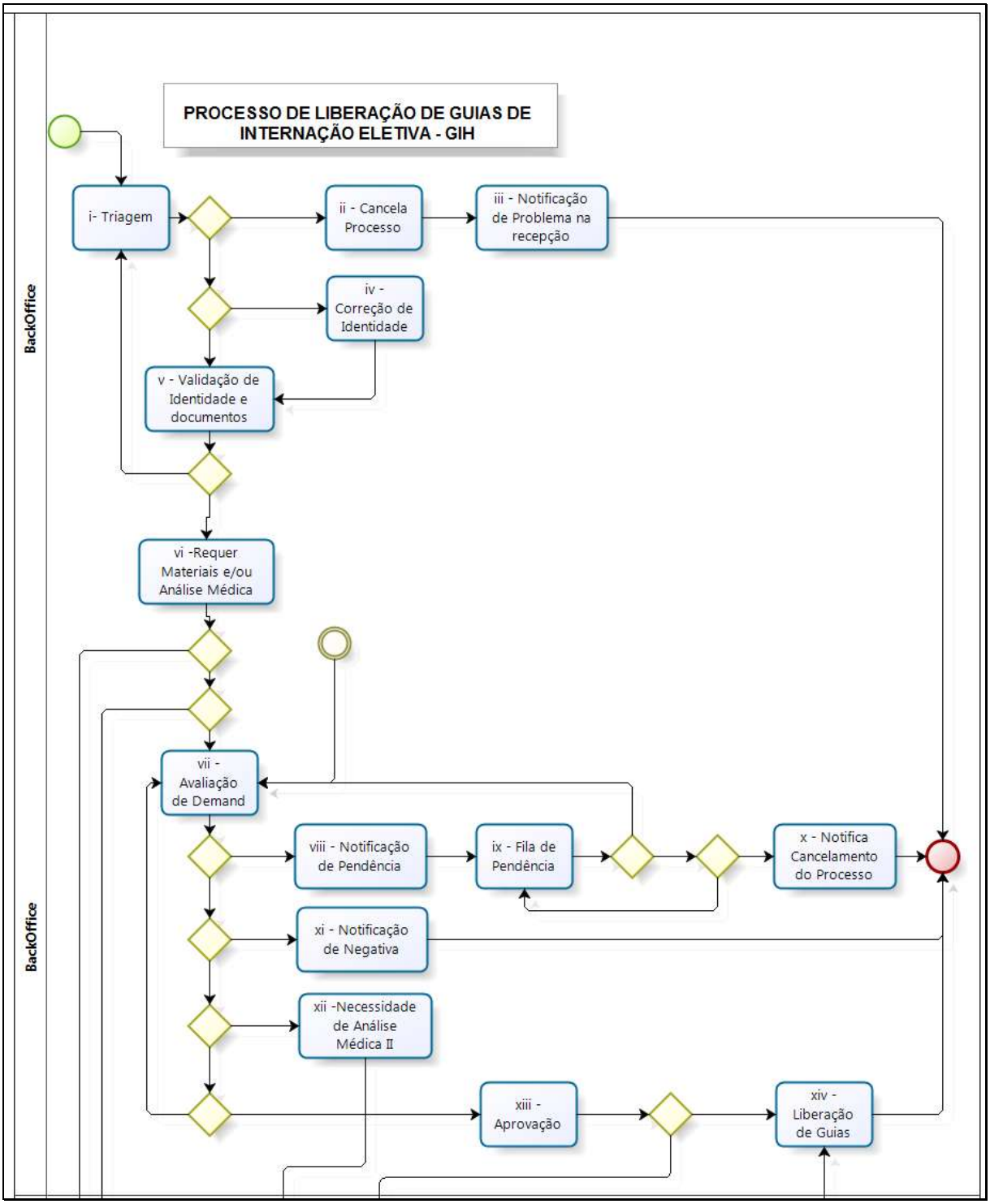
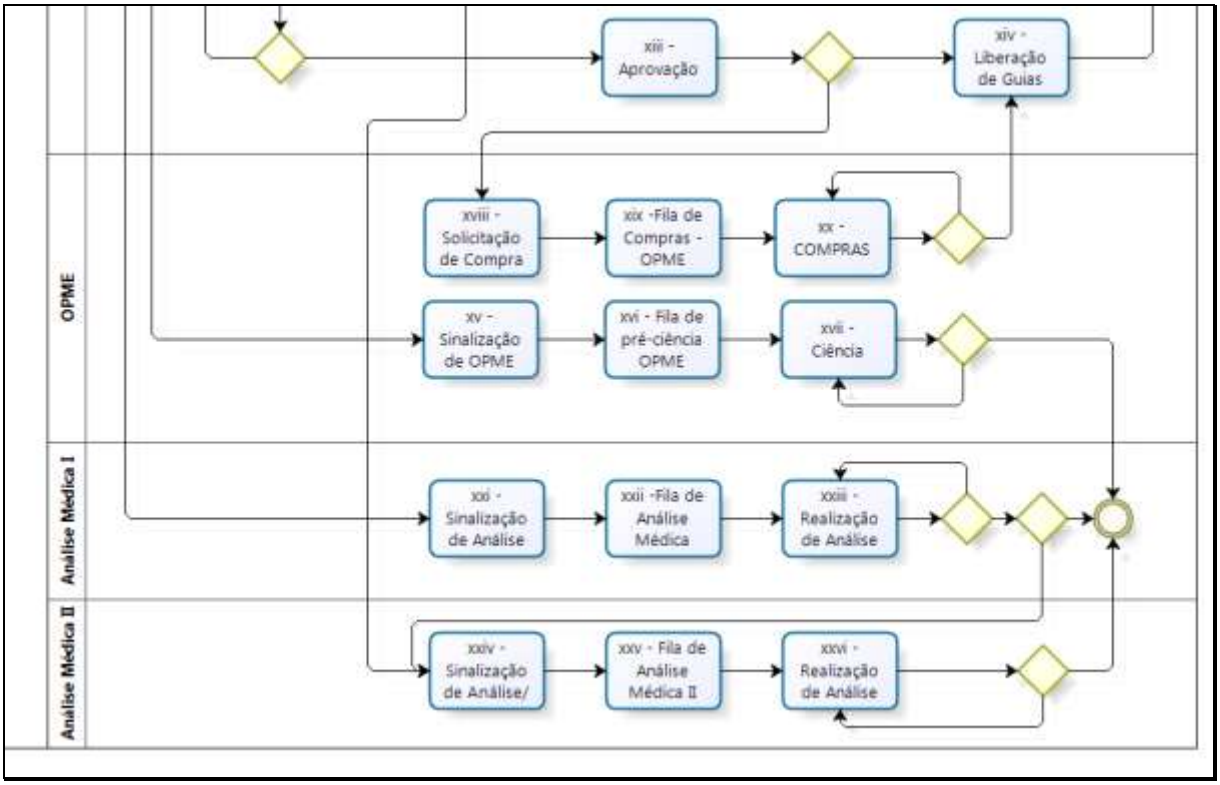


Imagem ampliada do fluxo para atender o processo de liberação de guias do tipo GIH (parte 1 de 2)



ANEXO A – RESOLUÇÃO NORMATIVA RN 259

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art.86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 15 de junho de 2011 adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

Parágrafo Único. Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:(Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

I - Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

III - Município de Demanda: Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

IV - Rede Assistencial: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência á saúde, podendo ser credenciada ou cooperada; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

V - 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; e (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

VI - Indisponibilidade: ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos no art. 3º, considerando-se, inclusive o seu § 2.

Parágrafo Único. As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

CAPÍTULO II
DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

Seção I
Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.

Seção II

Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Ausência ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

Subseção I

Da Ausência ou Inexistência de Prestador Credenciado no Município

Seção II

Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

(Título da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção I

Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

(Título Subseção I da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 4º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em prestador não credenciado no mesmo município.

§ 1º O pagamento do serviço ou procedimento será realizado diretamente pela operadora ao prestador não credenciado, mediante acordo entre as partes.

§ 2º Na impossibilidade de acordo entre a operadora e o prestador não credenciado, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, independentemente de sua localização, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia.

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção II
Da Ausência ou Inexistência de Prestador no Município, Credenciado ou Não

Subseção II
Da Inexistência de Prestador no Município

(Título Subseção II da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 5º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador, credenciado ou não, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no mesmo município e nos municípios limítrofes a este, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados pelo art. 3º.

Parágrafo único. A operadora ficará desobrigada do transporte a que se refere o caput caso exista prestador credenciado no mesmo município ou nos municípios limítrofes. (Revogado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 6º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador, credenciado ou não, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º.

Parágrafo único. O disposto no caput prescinde de autorização prévia.

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção III

Das Disposições Comuns Referentes à Ausência ou Inexistência de Prestador no Município

Seção III

Das Disposições Comuns

(Título da "Subseção III" alterado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção I
Do Transporte

(Subseção I da Seção III acrescentada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 7º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º e 5º não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

Art. 7-A. 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. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 8º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º, 5º e 6º estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.

Parágrafo único. A garantia de transporte prevista no caput se aplica aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Subseção II
Do Reembolso

(Subseção II da Seção III acrescentada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 9º Se o beneficiário for obrigado a pagar os custos do atendimento, na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

Parágrafo único. Para os produtos que prevejam a disponibilidade de rede credenciada mais a opção por acesso a livre escolha de prestadores e não ocorrendo as hipóteses de que tratam os arts. 4º, 5º ou 6º, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente, caso o beneficiário opte por atendimento em estabelecimentos de saúde não participantes da rede assistencial. (Revogado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no caput deste artigo. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de co-participação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsa-lo integralmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o cumprimento do disposto no art. 3º.

Art. 10-A. Para efeito de cumprimento dos prazos dispostos no art. 3º desta Resolução, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 11 Respeitados os limites de cobertura contratada, aplicam-se as regras de garantia de atendimento dispostas nesta RN aos planos privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, salvo se neles houver previsão contratual que disponha de forma diversa.

Art. 12 O descumprimento do disposto nesta RN sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 12-A. Ao constatar o descumprimento reiterado das regras dispostas nesta Resolução Normativa, que possa constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá adotar as seguintes medidas: (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde; e (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na RN nº 256, de 18 de maio de 2011. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na hipótese de adoção da medida prevista no inciso II, a ANS poderá determinar o afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no § 2º do art. 24, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.(Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º O disposto neste artigo não exclui a aplicação das penalidades cabíveis, conforme previsto no art. 12 da presente resolução. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º Durante o período de suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde, não serão concedidos registros de novos produtos que apresentem características análogas ao do produto suspenso, tais como:(Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

I - Segmentação assistencial; (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

II - Área Geográfica de Abrangência; e (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

III - Área de Atuação do Produto. (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

Art. 13 O inciso III do art. 2º; e o parágrafo único do art. 7º-A, ambos da Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, passam a vigorar com as seguintes redações:

III – O Planejamento Assistencial do Produto, conforme artigo 7º-A e na forma do Anexo V da presente Instrução Normativa, exceto para os produtos que irão operar exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores.

Parágrafo único. A operadora deverá informar o Ajuste de Rede, que consiste na proporção mínima de prestadores de serviços e/ou leitos a ser mantida em relação à quantidade de beneficiários do produto, visando ao cumprimento dos prazos para atendimento fixados em Resolução Normativa específica editada pela ANS.” (NR)

Art. 14 O anexo V da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO, passa a vigorar nos termos do anexo desta resolução.

Art. 15 Ficam revogados os §§ 1º ao 5º do art. 7º; e os incisos I e II do parágrafo único do art. 7º-A, todos da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO.

Art. 16 Esta RN entra em vigor 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.

Art. 16. Esta RN entra em vigor no dia 19 de dezembro de 2011. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

ANEXO B – RESOLUÇÃO NORMATIVA RN 323

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 323, DE 3 DE ABRIL DE 2013

Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde.
[Correlações] [Detalhamentos]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os arts. 1º, 3º, 4º, incisos XXXVII e XLI, e 10, inciso II, todos da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 1º, § 4º, art. 2º, e art. 3º, incisos XIX e XXIV, todos do Anexo I, do Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000; e o art. 86, inciso II, alínea "a", da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 14 de março de 2013, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação.

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem instituir unidade organizacional de ouvidoria, com a atribuição de assegurar a estrita observância das normas legais e regulamentares relativas aos direitos do beneficiário.

§ 1º A Ouvidoria tem por objetivo acolher as manifestações dos beneficiários, tais como elogios, sugestões, consultas e reclamações, de modo a tentar resolver conflitos que surjam no atendimento ao público, e subsidiar aperfeiçoamento dos processos de trabalho da operadora, buscando sanar eventuais deficiências ou falhas em seu funcionamento.

§ 2º A Ouvidoria é unidade de segunda instância, podendo solicitar o número do protocolo da reclamação ou manifestação registrada anteriormente junto ao Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da Operadora.

§ 3º A falta do número de protocolo da reclamação ou a falta do número de registro da manifestação junto ao Serviço de Atendimento ao Cliente, ou à unidade organizacional equivalente, não impedirá o acesso do beneficiário à Ouvidoria.

§ 4º A estrutura da unidade organizacional de Ouvidoria deve ser capaz de atender o número de beneficiários vinculados à operadora, bem como deve guardar compatibilidade com a natureza, a quantidade e a complexidade dos produtos, serviços, atividades,
processos e sistemas de cada operadora.

Art. 2º A fim de garantir efetividade da Ouvidoria, a operadora deve:

I - dar ampla divulgação sobre a existência da unidade organizacional específica de Ouvidoria, bem como fornecer informações completas sobre sua finalidade, competência, atribuições, prazos para resposta às demandas apresentadas, forma de utilização e canais de acesso para registro e acompanhamento das demandas;

II - garantir o acesso dos beneficiários ao atendimento da Ouvidoria de forma ágil e eficaz; e

III - oferecer atendimento, no mínimo, em dias úteis, e em horário comercial.

Parágrafo único. A divulgação de que trata o inciso I poderá ser feita por meio de materiais publicitários de caráter institucional, tais como, mala direta, folhetos, boletos de pagamento, livretos, anúncios impressos, endereço eletrônico na Internet, pôster e congêneres, dentre outros, utilizados para difundir os produtos e serviços da operadora.

Art. 3º Na estruturação da unidade organizacional específica de Ouvidoria deverão ser observados os seguintes requisitos, cumulativamente:

I - vinculação ao representante legal da operadora, respeitada a estrutura organizacional de cada operadora;

II - designação de pessoa para exercício da atividade de ouvidor, não cumulável com a atividade de gestão do atendimento ao
beneficiário da operadora, ressalvada a hipótese do art. 8º.

III - constituição de equipe de trabalho, capaz de atender o fluxo de demandas, com dedicação exclusiva para exercício na unidade;

IV - instituição de canal ou de canais específicos para atendimento;

V - instituição de protocolo específico para registro do atendimento realizado pela Ouvidoria;

VI - fixação de prazo máximo não superior a 7 (sete) dias úteis para resposta conclusiva às demandas dos beneficiários, sendo admitida a pactuação junto ao beneficiário de prazo maior, não superior a 30 (trinta) dias úteis, nos casos excepcionais ou de maior complexidade, devidamente justificados; e

VII - garantia de acesso pela Ouvidoria às informações de quaisquer áreas técnico-operacional da operadora.

§ 1º Poderão ser utilizados como canal de acesso à Ouvidoria o atendimento via formulário eletrônico, e-mail corporativo, contato telefônico, com ou sem 0800, correspondência escrita e/ou atendimento presencial, dentre outros.

§ 2º Não poderá ser admitido como canal único de acesso o atendimento telefônico não gratuito.

§ 3º A estrutura dos canais de acesso à Ouvidoria poderão ser compartilhados com os demais canais de atendimento ou relacionamento da operadora.

§ 4º As informações sigilosas ou restritas do beneficiário, constantes dos registros da operadora, somente serão disponibilizadas à Ouvidoria quando autorizado previamente pelo próprio beneficiário.

Art. 4º Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, constituem atribuições da Ouvidoria:

I - receber, registrar, instruir, analisar e dar tratamento formal e adequado às manifestações dos beneficiários, em especial àquelas que não foram solucionadas pelo atendimento habitual realizado pelas unidades de atendimento, presenciais ou remotas da operadora;

II - prestar os esclarecimentos necessários e dar ciência aos beneficiários sobre o andamento de suas demandas e das providências adotadas;

III - informar aos beneficiários o prazo previsto para resposta à demanda apresentada, conforme previsto no inciso VI do artigo 3º;

IV - fornecer resposta às demandas dos beneficiários, no prazo estabelecido;

V - receber demandas dos órgãos e associações de defesa do consumidor, respondendo-as formalmente; e

VI - apresentar ao representante legal da operadora, ao fim de cada exercício anual ou quando oportuno, relatório estatístico e analítico do atendimento, contendo no mínimo:

a) dados e informações sobre que a Ouvidoria recebeu no período, contudo, apresentado em bases mensais e anuais comparadas com o mesmo período do ano anterior;

b) ações desenvolvidas pela Ouvidoria;

c) recomendações de medidas corretivas e de melhoria do processo de trabalho da operadora.

§ 1º A operadora deverá encaminhar a Ouvioria da ANS, o relatório de que trata o inciso VI, ao final de cada ano civil, bem como mantê-lo à disposição da ANS, pelo prazo de cinco anos.

§ 2º O serviço prestado pela Ouvidoria aos beneficiários deve ser gratuito.

Art. 5º O representante legal da operadora deve expedir ato interno em que constará, de forma expressa, as seguintes disposições, no mínimo:

I - criação de condições adequadas para o funcionamento da Ouvidoria, bem como para que sua atuação seja pautada pela ética, transparência, independência, imparcialidade e isenção;

II - garantia de acesso da Ouvidoria às informações necessárias para a elaboração de resposta adequada às demandas recebidas, com total apoio administrativo, podendo requisitar informações e documentos para o exercício de suas atividades; e

III - previsão das hipóteses de impedimentos e substituições do Ouvidor, garantindo um substituto para os casos de férias, ausências temporárias e licenças, com vistas a assegurar a continuidade do serviço.

Art. 6º A operadora deve informar à Ouvidoria da ANS, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da vigência desta RN, o nome de seu ouvidor e seu substituto, os respectivos meios de contato, bem como deverá proceder ao cadastramento da respectiva unidade, nos termos de formulário que estará disponível no endereço eletrônico da ANS na Internet.

§ 1º Para manutenção da regularidade, as operadoras deverão cientificar a ANS sobre quaisquer alterações das informações prestadas por ocasião do cadastramento referido no caput deste artigo, inclusive com o envio, quando se fizer necessário, de novos documentos, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da ocorrência da alteração.

Art. 7º A Ouvidoria deverá manter sistema de controle atualizado das demandas recebidas, de forma que possam ser evidenciados o histórico de atendimentos e os dados de identificação dos clientes e beneficiários de produtos e serviços, com toda a documentação e as providências adotadas, resguardando sigilo das informações

Art. 8º As operadoras com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil e as operadoras exclusivamente odontológicas com número de beneficiários entre 20 (vinte) mil e 100 (cem) mil, estão obrigadas tão somente a designar um representante institucional para exercício das atribuições de ouvidor, ficando dispensadas de criar unidade organizacional específica de Ouvidoria, observado, no entanto,
as demais regras desta RN.

§ 1º As operadoras referidas no caput poderão designar como representante institucional a respectiva entidade de representação, por
meio de termo expresso e assinado, que deverá ser informado na forma do art. 6º

§ 2º A representação que trata o § 1º deste artigo não afasta a responsabilidade da operadora pelo cumprimento do disposto nesta
Resolução.

Art. 9º As operadoras que fazem parte de grupo econômico podem instituir Ouvidoria única, que poderá atuar em nome dos integrantes do grupo, desde que o beneficiário possa identificar que está sendo atendido por sua operadora.

Art. 10. Esta Resolução entra em vigor em 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação para operadoras com número igual ou superior a 100 (cem) mil beneficiários, e em 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após a data de sua publicação para operadoras com número inferior a 100(cem) mil beneficiários.

ANDRE LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor Presidente

ANEXO C – RESOLUÇÃO NORMATIVA RN 388

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 388, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2015
Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 29 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 18 de novembro de 2015, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES
Art. 1º A presente Resolução Normativa estabelece os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
Art. 2° No âmbito da ANS, os processos administrativos instaurados para apuração de infração aos dispositivos legais ou infra legais disciplinadores do mercado de saúde suplementar, que poderão resultar em aplicação de sanção administrativa, serão regidos pelas disposições desta Resolução Normativa.

Parágrafo único. Aplicam-se subsidiariamente ao processo administrativo de que trata a presente
Resolução as disposições da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal.

Art. 3° Os atos e termos processuais previstos nesta Resolução conterão somente o indispensável à sua finalidade, sem espaços em branco, entrelinhas, rasuras e emendas não ressalvadas.

§ 1º Os prazos começam a correr a partir da data da ciência oficial, iniciando-se sua contagem no primeiro dia útil subsequente e incluindo-se o do vencimento.
§ 2° Considera-se prorrogado o prazo até o primeiro dia útil seguinte se o vencimento cair em dia em que não houver expediente ou este for encerrado antes da hora normal
§ 3° Os prazos expressos em dias contam-se de modo contínuo; os prazos fixados em meses ou anos contam-se de data a data. Se no mês do vencimento não houver o dia equivalente àquele do início do prazo, tem-se como termo o último dia do mês.
§ 4º Na prática dos atos processuais será observado o princípio da celeridade e da economia processual, não se permitindo exigências que não sejam estritamente necessárias à elucidação da matéria.
§ 5° A parte interessada acompanhará o procedimento administrativo, podendo ter vista dos autos, na repartição, bem como deles extrair cópias, mediante o pagamento da despesa correspondente, na forma da regulamentação específica.

CAPÍTULO III
DA FASE PRÉ-PROCESSUAL
Art. 4° À ANS, compete, de ofício ou mediante provocação, cientificada do suposto cometimento de infração a dispositivos legais ou infra legais disciplinadores do mercado de saúde suplementar, instaurar:
I – Procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP; ou
II – Procedimento administrativo preparatório, prévio à fase processual sancionatória;

Seção I
Da Notificação de Intermediação Preliminar
Subseção I
Das Disposições Preliminares

Art. 5º O procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP consiste em um instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos privados de assistência à saúde - operadoras, inclusive as administradoras de benefícios, constituindo-se em uma fase pré-processual.

Parágrafo único. A NIP é classificada em:

I - NIP assistencial: a notificação que terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial; e
II - NIP não assistencial: a notificação que terá como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

Subseção II

Do procedimento NIP

Art. 6º Todas as demandas que se enquadrem nas definições do parágrafo único do art. 5° recepcionadas pela ANS por quaisquer de seus canais de atendimento serão automaticamente registradas no procedimento da NIP.

§ 1° São consideradas demandas de reclamação aquelas em que o beneficiário ou seu interlocutor relate o descumprimento de normas legais, regulamentares ou contratuais obrigatórias por parte de operadora.
§ 2º Para o registro da demanda de reclamação, deverá ser apresentado o número de protocolo gerado pela operadora em seus serviços de atendimento.
§ 3º Caso seja informado que a operadora se recusou a fornecer o devido protocolo de atendimento será procedido o registro de reclamação.
§ 4º No caso de cobertura assistencial para procedimentos solicitados em caráter de urgência e emergência poderá não ser exigido o número de protocolo para registro da reclamação.

Art. 7º No âmbito da NIP, os atos de comunicação trocados entre a ANS e as operadoras serão praticados exclusivamente por meio eletrônico, através de espaço próprio destinado no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).
Parágrafo único. Para a prática dos atos mencionados no caput, as operadoras deverão se identificar por meio de login e senha, quando acessarão seu espaço exclusivo no endereço eletrônico da ANS, onde poderão verificar as notificações que lhes foram encaminhadas, visualizar os documentos e praticar os atos que lhes são pertinentes.

Art. 8º O beneficiário ou seu interlocutor poderá efetuar o cadastro no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br) para ter acesso à NIP originada de sua demanda de reclamação, incluindo a resposta anexada pela operadora.

Parágrafo único. Independentemente do cadastro referido no caput, as pessoas nele relacionadas terão acesso à situação de sua demanda de reclamação pelos demais canais de atendimento da ANS e poderão solicitar vistas ou cópia dos documentos gerados e anexados à NIP nos Núcleos da ANS.

Art. 9º A NIP é constituída das seguintes fases, ambas processadas exclusivamente por meio eletrônico:

I - notificação preliminar; e

II - análise fiscalizatória.

Subseção III

Da Notificação Preliminar

Art. 10. Recebida a demanda de reclamação pela ANS, a operadora será notificada para que adote as medidas necessárias para a solução da demanda junto ao beneficiário nos seguintes prazos:

I - até 5 (cinco) dias úteis na NIP assistencial; e

II - até 10 (dez) dias úteis na NIP não assistencial.

§ 1º A operadora se considera notificada na data da disponibilização da notificação no espaço próprio do endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

§ 2º O prazo para adoção das medidas necessárias para a solução da demanda começará a ser contado a partir do primeiro dia útil seguinte à data da notificação.

§ 3º A demanda de reclamação que envolver mais de um assunto deverá observar, quanto ao prazo, o disposto no inciso I deste artigo, com relação à eventual cobertura assistencial, e o disposto no inciso II deste artigo com relação aos demais assuntos.

Art. 11. A resposta da operadora deverá ser anexada no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br) em até 10 (dez) úteis da notificação, acompanhada de todos os documentos necessários para a análise da demanda, incluindo a comprovação de contato com o beneficiário ou seu interlocutor e o Código de Controle Operacional - CCO do beneficiário objeto da demanda, conforme informado à ANS no Sistema de Informação de Beneficiários - SIB.

§ 1° A documentação anexada pela operadora deverá demonstrar de forma inequívoca:

I - a solução da demanda, comprovando, no prazo previsto no caput, por qualquer meio hábil, que o beneficiário foi cientificado da resolução do conflito, no prazo de 5 (cinco) dias úteis na NIP assistencial e no prazo de 10 (dez) dias úteis na NIP não assistencial, informando qual meio de contato utilizado, a data e o seu respectivo teor; ou

II - a não procedência da demanda.

§ 2° O não atendimento ao caput e ao parágrafo primeiro deste artigo implicará na classificação da demanda como não resolvida na forma do inciso III do art. 14.

Art. 12. Findo o prazo previsto no art. 10, salvo nas hipóteses do art. 13, a demanda de reclamação será considerada resolvida, caso o beneficiário, dentro dos 10 (dez) dias subsequentes:

I - informe que o conflito foi solucionado pela operadora; ou

II - não efetue contato de retorno junto à ANS noticiando que sua demanda ainda carece de solução.

§ 1º A presunção de resolução de que trata o inciso II deste artigo não impede o beneficiário de, a qualquer tempo, retornar o contato com a ANS relatando que a demanda não foi solucionada, quando esta será reaberta e encaminhada para análise fiscalizatória.

§ 2º Ainda que o beneficiário não efetue o retorno conforme o caput ou o § 1º deste artigo, a ocorrência de qualquer das hipóteses previstas nos incisos II a VII do art. 13 importará na análise fiscalizatória da demanda.

§ 3º Quando do registro da demanda de reclamação, o beneficiário será informado da necessidade de retornar o contato com a ANS no prazo de 10 (dez) dias após o término do prazo para manifestação da operadora, devendo ser comunicado com clareza do teor do caput e do § 1º deste artigo.

§ 4º Finalizado o prazo para resposta da operadora, o beneficiário será novamente informado da necessidade de entrar em contato com a ANS no prazo que resta para completar aquele disposto no §3º, a fim de comunicar se sua demanda foi ou não solucionada, e que a sua omissão acarretará a presunção de resolução de que trata o inciso II deste artigo.

Subseção IV

Da Análise Fiscalizatória

Art. 13. Decorridos os prazos previstos na Subseção III desta Seção I, será efetuada análise fiscalizatória das demandas que se enquadrem nas seguintes hipóteses:

I - demandas com retorno do beneficiário informando que a questão não foi solucionada pela operadora;

II - demandas não respondidas pela operadora no prazo previsto no art. 11;

III - demandas com relato de realização do procedimento no SUS;

IV - demandas com relato de determinação judicial para resolução do conflito;

V- demandas institucionais, oriundas dos Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público e integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor;

VI – demandas que envolvam infração de natureza potencialmente coletiva; e

VII – demandas que tenham sido instauradas de ofício pela ANS.

Art. 14. A análise fiscalizatória da demanda se aterá ao relato do beneficiário e à resposta apresentada pela operadora, cuja conclusão, devidamente fundamentada, classificará a demanda em:

I – não procedente;

II – resolvida através da reparação voluntária e eficaz - RVE;

III – não resolvida;

IV- beneficiário não pertence à operadora;

V- demanda em duplicidade; ou

VI – insuficiência de dados mínimos para identificação do beneficiário, da operadora e da infração relatada.

§1° O conteúdo do relatório conclusivo será disponibilizado à respectiva operadora no espaço próprio do endereço eletrônico da ANS na Internet (www. ans. gov. br).

§ 2° O beneficiário que tenha ativado seu cadastro no endereço eletrônico da ANS será cientificado do conteúdo do relatório conclusivo por meio de espaço próprio no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

§ 3° O beneficiário que não tenha ativado seu cadastro no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br) poderá obter informações sobre a conclusão de sua demanda através da central de atendimento da ANS ou de qualquer dos Núcleos da ANS.
§ 4° Caso seja supervenientemente constatada a insubsistência das razões que determinaram o arquivamento da demanda, na forma dos incisos I a III e VI do caput, esta será reaberta, dando-se prosseguimento ao seu rito.

Art. 15. Serão classificadas como não procedentes as demandas em que não forem constatadas irregularidades na conduta da operadora, hipótese em que as demandas serão finalizadas.
Art. 16. As demandas classificadas como não resolvidas após a análise fiscalizatória serão encaminhadas para a lavratura de auto de infração, com abertura do correspondente processo administrativo sancionador.

Seção II

Do Procedimento Administrativo Preparatório
Art. 17. A reclamação, a solicitação de providências ou petição assemelhada que, por qualquer meio, forem recebidas pela ANS, desde que contenham indícios suficientes de violação da lei ou de ato infra legal, bem como que não se enquadrem no procedimento da NIP, caracterizar-se-ão como denúncia, cuja apuração se dará de acordo com os procedimentos a seguir, ressalvado o rito disposto no art. 25 desta Resolução.
Art. 18. Recebida a denúncia, cabe ao órgão competente remeter notificação à operadora para que, no prazo de 10 (dez) dias, apresente resposta.
Art. 19. Findo o prazo previsto no art. 18, com ou sem resposta da operadora, o órgão competente procederá à análise dos documentos acostados aos autos do processo e concluirá pelo:
I – arquivamento da demanda, caso não procedente; ou
II – arquivamento da demanda, por reconhecimento da RVE; ou
III – prosseguimento do feito, iniciando-se a fase processual do processo administrativo sancionador.

Seção III

Da Reparação Voluntária e Eficaz

Art. 20. Considera-se reparação voluntária e eficaz - RVE a adoção pela operadora de medidas necessárias para a solução da demanda, resultando na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação.

§ 1° Nos casos tratados através do procedimento NIP, a reparação voluntária e eficaz somente será reconhecida caso a operadora adote as medidas previstas no caput deste artigo nos prazos definidos no art. 10 desta Resolução.

§ 2° Nos demais casos, somente será reconhecida a RVE caso a operadora adote as medidas previstas no caput em data anterior à lavratura do auto de infração ou de representação.

§ 3º Na hipótese de cobrança de valores indevidos ao beneficiário diretamente pela operadora, a prova inequívoca deverá ser feita por meio de apresentação de documentação que comprove a devolução em dobro da quantia paga, acrescida de juros e correção monetária, quando será reconhecida a RVE, desde que observados os prazos previstos nos parágrafos 1º e 2º deste artigo.

CAPÍTULO IV

DO PROCESSO ADMINISTRATIVO SANCIONADOR

Art. 21. Ultrapassada a fase pré-processual, prevista no Capítulo III, será instaurado o processo administrativo para apuração de infração a dispositivos legais ou infra legais disciplinadores do mercado de saúde suplementar e aplicação de sanção, através da lavratura de:

I - Auto de Infração; ou

II – Representação

Seção I

Do Auto de Infração

Art. 22. Identificados os indícios de infração a dispositivo legal ou infra legal disciplinadora do mercado de saúde suplementar será lavrado auto de infração em formulário próprio e com numeração sequencial.

Art. 23. A lavratura do auto de infração incumbe, privativamente, aos agentes especialmente designados pela Diretoria de Fiscalização – DIFIS para exercício das atividades de fiscalização.

Art. 24. O auto de infração conterá os seguintes elementos:
I – numeração sequencial do auto;
II - nome, endereço e qualificação do autuado;
III – local e data da lavratura;
IV – resumo dos atos ou fatos geradores da infração.
V – indicação do dispositivo legal e/ou infra legal infringido, para cada infração contida no auto de infração;
VI – a sanção aplicável;
VII - identificação do autuante, com nome, cargo ou função, número de matrícula e assinatura;
VIII – determinação de cessação da prática infrativa, se for o caso, sob pena da aplicação de multa diária.
Parágrafo único. As incorreções ou omissões do auto de infração não acarretarão sua nulidade, quando dele constarem elementos suficientes para identificar a infração e o dispositivo legal ou infra legal infringido e possibilitar a defesa do autuado.

Seção II
Da Representação
Art. 25. Identificados, por qualquer dos órgãos da ANS, indícios suficientes de infração às disposições legais ou infra legais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar de sua competência, o órgão técnico competente deverá observar o seguinte rito:
I – instaurar o devido processo administrativo com vistas a apurar os indícios de irregularidades e instruir procedimento administrativo com os documentos que julgar pertinentes, observando-se, no que couber, as disposições do Capítulo II desta Resolução;
II – conforme seu juízo de conveniência e oportunidade, notificar o infrator quanto aos fatos considerados indícios de infração aos dispositivos legais ou infra legais, concedendo prazo de 10 (dez) dias para manifestação;
III – receber a resposta da operadora, se houver, e proceder à análise dos motivos apresentados por esta, manifestando-se fundamentadamente;

IV - caso entenda pela insubsistência dos indícios de infração ou pela ocorrência de reparação voluntária e eficaz da conduta, arquivar o procedimento;

V – caso entenda pela manutenção dos indícios de infração ou na hipótese de ter considerado não haver conveniência e oportunidade para envio da notificação prevista no inciso II, lavrar a representação e intimar o infrator para, no prazo de 10 (dez) dias, apresentar defesa, observando-se o disposto na seção III do Capítulo IV;

VI - receber a resposta da operadora, se houver, e proceder à análise conclusiva sobre a configuração ou não da infração objeto de apuração e remeter o processo à DIFIS para proferir decisão de primeira instância;

§ 1º. A representação lavrada nos termos do inciso V deste artigo deverá observar o disposto no art. 24 desta Resolução Normativa, no que couber.

§ 2°. O procedimento administrativo de que trata este artigo poderá ser instaurado para apurar um ou mais indícios de infração, cujo monitoramento, análise ou solicitação sejam de responsabilidade da mesma Diretoria.

§ 3°. A ANS não instaurará o procedimento previsto neste artigo para apurar indícios de infrações relativas ao não envio ou ao envio irregular à ANS das informações ou dos documentos obrigatórios cometidas por operadoras que tenham tido sua autorização de funcionamento e/ou seu registro

cancelados, e promoverá o arquivamento dos procedimentos e processos administrativos de representação envolvendo tais operadoras, quando pendentes de decisão.

§ 4°. O disposto no §3° deste artigo não se aplica aos processos envolvendo as operadoras que tiveram o cancelamento de sua autorização de funcionamento ou registro em razão de cisão, fusão ou incorporação.

§ 5°. Identificados indícios de infração às disposições legais ou infra legais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar que tenham como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial ou, não se relacionando à cobertura assistencial, afetem o beneficiário diretamente pela conduta e a situação seja passível de intermediação, os órgãos da ANS deverão comunicar tais fatos à Diretoria de Fiscalização, para adoção das providências cabíveis, na forma desta Resolução.

Seção III

Da Comunicação dos Atos

Art. 26. O órgão competente perante o qual tramita o processo administrativo realizará a intimação da operadora para ciência da lavratura do auto de infração, da representação da decisão ou de outro ato pertinente.

Art. 27. A intimação deverá conter:

I - identificação do intimado e nome do órgão da ANS que a expediu;

II – conteúdo do ato ou exigência a que se refere;

III - prazo para apresentação da defesa ou recurso, se for o caso;

IV - data, hora e local em que deve comparecer, se for o caso;

V - advertência quanto à indicação das provas a serem produzidas, se for o caso;

VI – determinação de cessação da prática infrativa, se for o caso, sob pena da aplicação de multa diária.

Parágrafo único. A segunda via do auto de infração ou representação será anexada à intimação para cientificar o administrado da lavratura do auto de infração ou da representação.

Art. 28. A intimação realizar-se-á:

I - por via postal, remetida para os endereços constante no cadastro de operadoras da ANS, cuja entrega será comprovada pelo Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, emitido pelo serviço postal, e devidamente assinado;

I - por via postal, remetida para os endereços constantes no cadastro de operadoras da ANS, cuja entrega será comprovada pelo Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, emitido pelo serviço postal, e devidamente assinado; (Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 05 de Fevereiro de 2016, Seção 1, página 64)

II – pessoalmente, pelo servidor a quem for conferida tal atribuição, comprovando-se pelo ciente do intimado, seu representante ou preposto ou, no caso de sua ausência ou de recusa de aposição de assinatura, pela declaração expressa de quem proceder à intimação;

III - por meio eletrônico, conforme regulamentação editada pela ANS;

IV - por qualquer outro meio que assegure a certeza da ciência do intimado, do seu representante ou preposto; ou

V - por edital, a ser publicado uma única vez no Diário Oficial da União, quando restarem frustrados os meios de intimação previstos neste artigo ou quando registrado no cadastro da ANS a invalidade do endereço, ou, ainda, no caso de interessados indeterminados, desconhecidos ou com domicílio indefinido.

§1º Presumem-se válidas as comunicações dirigidas ao endereço de correspondência constante no cadastro de operadoras, cumprindo à operadora atualizar o respectivo endereço sempre que houver modificação temporária ou definitiva.

§2º Após o cancelamento do registro de operadora ou da autorização de funcionamento, caso a pessoa jurídica não mantenha atualizado seu endereço de correspondência para fim de intimação por via pessoal, postal ou por qualquer outro meio ou via, e sendo frustrados os meios de intimação previstos nos incisos do caput, será feita publicação dos atos dos processos administrativos sancionadores em curso no Diário Oficial da União, para ciência e defesa dos interessados.

Art. 29. Considera-se efetuada a intimação:

I - se por via postal, na data do seu recebimento, devidamente aposta no Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, ou, se esta for omitida, 15 (quinze) dias após a data da entrega da intimação ao serviço postal;

II - se pessoalmente, na data da ciência do intimado, seu representante ou preposto, ou, no caso de recusa de ciência, na data declarada pelo servidor que efetuar a intimação;

III – se a parte comparecer para tomar ciência do processo ou justificar sua omissão, a partir desse momento; e

IV - se por edital, na data de sua publicação.

Seção IV

Da Apreensão de Documentos

Art. 30. Havendo apreensão de documentos no exercício da atividade de fiscalização, o agente deverá lavrar no próprio local da ocorrência auto de apreensão, sem emendas ou rasuras, em duas vias, destinando-se a segunda via ao autuado, contendo os seguintes elementos, além dos previstos nos incisos I, II e VII do art. 24 desta Resolução:

I - as razões e o fundamento da apreensão; II - a quantidade e a descrição dos documentos apreendidos, de modo que possam ser identificados;

III - a identificação do local onde ficarão depositados os documentos;
IV - o recibo e a assinatura do autuante, com a indicação do cargo ou função e o número de matrícula; e
V - assinatura do autuado, seu representante legal ou preposto.
Parágrafo único. Na hipótese do autuado não ser localizado ou na recusa de assinatura do auto de apreensão, o autuante certificará a ocorrência, presumindo-se correto o que dele constar.

Seção V
Da Defesa ao Auto de Infração
Subseção I
Da defesa de impugnação
Art. 31. Recebida a intimação, o interessado terá o prazo de 10 (dez) dias para, querendo, apresentar defesa, a qual deve ser acompanhada de todos os documentos necessários para comprovar suas alegações.
Parágrafo único. A defesa deverá ser apresentada por escrito, subscrita por seu representante legal constituído, ou por advogado habilitado, hipótese em que será obrigatória a apresentação do correspondente instrumento de mandato.
Art. 32. A defesa poderá ser apresentada de uma das seguintes formas, conforme o caso:
I – através do espaço próprio da operadora no endereço eletrônico da ANS (www.ans.gov.br); ou
II – encaminhada por via postal; ou
III - protocolada em qualquer dos endereços da ANS; ou
IV – por qualquer outro meio eletrônico, conforme regulamentação editada pela ANS.
Parágrafo único. Quando a defesa for encaminhada pelo correio, a tempestividade será aferida pela data da postagem.

Subseção II
Do pagamento antecipado e à vista da multa
Art. 33. Em substituição à apresentação de defesa, pode o interessado, querendo, apresentar requerimento de pagamento antecipado e à vista do valor da multa pecuniária correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração ou na representação lavrados, no prazo de 10 (dez) dias, a contar da intimação.

§1°. Na hipótese de apresentação do requerimento previsto no caput, o interessado fará jus a um desconto percentual de 40% (quarenta por cento) sobre o valor da multa correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração ou na representação lavrados, a qual não poderá, entretanto, ser inferior, tampouco superior aos limites previstos no art. 27 da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998.

§2º. Para fins de aplicação do desconto previsto neste artigo, não serão considerados para o cálculo da multa correspondente as causas de aumento e diminuição da pena, bem como as agravantes e atenuantes, aplicando-se, contudo, os fatores de compatibilização previstos na norma que dispõe sobre a aplicação de penalidades no âmbito da ANS.

§3º. O desconto percentual previsto no caput não se aplica para as infrações de natureza potencialmente coletivas.

§4°. O requerimento previsto no caput deste artigo servirá como confissão do requerente quanto à matéria de fato e reconhecimento da ilicitude da conduta, de modo que qualquer elemento de defesa eventualmente constante do pedido de requerimento será desconsiderado, uma vez que a apresentação deste pressupõe a desistência do direito de apresentar defesa, sobre o qual se operará a preclusão lógica.

§5°. Recebido o requerimento a que se refere o caput deste artigo, será proferida decisão e o órgão técnico competente que lavrou o auto de infração ou a representação tomará as medidas cabíveis para viabilizar o pagamento da multa.

§6°. Caso o interessado não efetue o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da intimação, o débito será inscrito na dívida ativa da ANS em seu valor total, sem o desconto de 40% (quarenta por cento), e o devedor será inscrito no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais – Cadin.

Subseção III

Da Reparação Posterior

Art. 34. Nas demandas decorrentes do procedimento da NIP, caso o interessado adote as providências necessárias à sua solução em até 10 (dez) dias úteis, contados da data do encerramento dos prazos de Reparação Voluntária e Eficaz – RVE previstos no art. 10 desta Resolução, e as comprove inequivocamente, inclusive dando ciência ao beneficiário, fará jus a um desconto percentual de 80% (oitenta por cento) sobre o valor da multa correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração lavrado.

§1º O desconto previsto no caput somente será aplicável se a operadora apresentar requerimento de pagamento antecipado e à vista do valor da multa pecuniária correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração ou na representação lavrados, na petição em que apresentar sua defesa.
§2º Não será admitida como reparação da conduta, para efeito de obtenção do desconto, os seguintes casos:

I – demandas relativas à negativa de cobertura para procedimento de urgência e emergência;
II - cobertura garantida apenas por força de determinação judicial;
III – quando constatado que a cobertura se deu no âmbito do SUS;
IV - nos casos de procedimentos eletivos, ambulatorial ou hospitalar, quando a operadora não comprovar a efetiva realização do procedimento dentro do prazo previsto no caput;
V - na hipótese de cobrança de valores indevidos ao beneficiário diretamente pela operadora, quando não houver a prova inequívoca da devolução em dobro da quantia paga, acrescida de juros e correção monetária; e
VI - infrações de natureza potencialmente coletivas.
§3º Para fins de aplicação do desconto previsto neste artigo, não serão considerados para o cálculo da multa correspondente as causas de aumento e diminuição da pena, bem como as agravantes e atenuantes aplicando-se, contudo, os fatores de compatibilização previstos na norma que dispõe sobre a aplicação de penalidades no âmbito da ANS.
§4° Na hipótese prevista no caput deste artigo, será elaborada decisão e o órgão técnico competente que lavrou o auto de infração ou a representação tomará as medidas cabíveis para viabilizar o pagamento.

Seção VI
Da Instrução e Julgamento

Art. 35. Para fins de apuração, as demandas poderão ser agrupadas por operadora, por tipo infrativo, por tema, por natureza, área geográfica, ou qualquer outro critério definido pela DIFIS.

Art. 36. Na fase de instrução do processo, as partes poderão, nos casos devidamente justificados, juntar documentos e pareceres supervenientemente, bem como requerer diligências e informações, desde que pertinentes e relevantes para o deslinde da questão.

Art. 37. Quando for necessária a prestação de informações ou a apresentação de outras provas pelas operadoras ou terceiros, desde que devidamente justificadas, serão procedidas às respectivas intimações, estabelecendo-se o prazo para atendimento.

Art. 38. Concluída a instrução do processo, o Diretor de Fiscalização proferirá decisão devidamente fundamentada.

Art. 39. A decisão que reconhecer a infração de dispositivo legal ou infra legal disciplinador do mercado de saúde suplementar fixará o valor da multa aplicada na forma da regulamentação específica.

Art. 40. Exarada a decisão, será expedida intimação para ciência da operadora, concedendo o prazo de 10 (dez) dias para interpor recurso, e, em caso de aplicação de penalidade pecuniária, o prazo de 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento da multa fixada, ou apresentar pedido de parcelamento.

Parágrafo único. Decorridos os prazos estabelecidos neste artigo, sem a comprovação do recolhimento do valor da multa ou apresentação de recurso, o processo será encaminhado para cobrança na forma da regulamentação específica.

Art. 41. Em substituição à apresentação de recurso, e no mesmo prazo deste, pode a operadora, querendo, apresentar requerimento de pagamento antecipado e à vista do valor da multa pecuniária fixada na decisão proferida, hipótese em que fará jus a um desconto percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor desta.

Parágrafo único. Uma vez efetuado o pagamento da multa fixada, sem apresentação de recurso, o processo será remetido à Diretoria de Fiscalização para arquivamento.

Seção VII

Do Recurso e da Revisão

Art. 42. Da decisão proferida após exaurida a fase de instrução do processo administrativo sancionador caberá recurso à Diretoria Colegiada da ANS como instância administrativa máxima, no prazo de 10 (dez) dias.

§1º O recurso deverá ser dirigido à autoridade que proferiu a decisão e poderá ser protocolado na sede da ANS ou nos Núcleos da ANS, salvo possibilidade de apresentação por meio eletrônico.

§2º Na hipótese de recurso encaminhado pelo correio, a tempestividade será aferida pela data da postagem.

§3º Os recursos terão efeito suspensivo, salvo quando a quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.

§3º Os recursos terão efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores. (Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 05 de Fevereiro de 2016, Seção 1, página 64)

Art.43. Recebido o recurso, será analisada sua admissibilidade, podendo a autoridade que a proferiu reconsiderar sua decisão, desde que fundamentadamente.

§1° Caso reconsidere sua decisão, o Diretor de Fiscalização remeterá o processo à Diretoria Colegiada para conhecimento, arquivando-o posteriormente.

§2º Reconsiderada a decisão, será publicada a respectiva decisão, em extrato, no órgão de imprensa oficial e o processo será arquivado.

§3º O recurso não será admitido quando interposto:

I – fora do prazo;

II – perante órgão incompetente;

III – por quem não seja legitimado; e

IV – depois de exaurida a esfera administrativa.

§4º O não conhecimento do recurso não impede a ANS de rever de ofício, a qualquer tempo, o ato ilegal.

§5º Mantida ou reconsiderada parcialmente a decisão, o Diretor de Fiscalização remeterá o processo à Diretoria Colegiada para julgamento.

§6º O processo poderá ser remetido à Procuradoria Federal junto à ANS para análise e manifestação, por solicitação do relator do recurso, quando apresentar controvérsia jurídica relevante ou complexa, devidamente justificada nos autos.

§7º Quando outro Diretor que não o relator do recurso suscitar controvérsia jurídica relevante ou complexa devidamente justificada, poderá enviar a solicitação de encaminhamento do processo à Procuradoria Federal junto à ANS ao relator, que irá apreciá-la, motivando sua decisão.

§8º Após o pronunciamento da Procuradoria, quando for caso de sua intervenção, o processo será remetido à Diretoria Colegiada.

§9º No caso de provimento parcial ou de não provimento do recurso, a decisão da Diretoria Colegiada será publicada, em extrato, no órgão de imprensa oficial e o processo encaminhado à Gerência Financeira – GEFIN para intimar a operadora a efetuar o pagamento do valor atualizado da multa, no prazo de 30 (trinta dias), sob pena de inscrição do débito na dívida ativa da ANS e inscrição do devedor no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais - Cadin.

§10 No caso de provimento total do recurso, a decisão da Diretoria Colegiada será publicada, em extrato, no órgão de imprensa oficial e o processo arquivado.

Art. 44. Quando surgirem fatos novos ou circunstâncias relevantes suscetíveis de justificar a inadequação de sanção imposta, o processo poderá ser revisto pela Diretoria Colegiada, a pedido ou de ofício.

§1º O relator negará seguimento à revisão quando a seu juízo não houver fatos novos ou circunstâncias relevantes suscetíveis de justificar a inadequação de sanção imposta, encaminhando para a Diretoria Colegiada apenas os processos que considere aptos à revisão.

§2º Não se aplica a regra do parágrafo anterior aos processos que o relator tenha proferido voto vencido no processo objeto da revisão e na hipótese de a decisão revista ter sido proferida em única instância administrativa pela autoridade competente.

§3º Da revisão do processo não poderá resultar agravamento da sanção anteriormente imposta.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS

Seção I

Do Ciclo de Fiscalização

Art. 45. Considera-se ciclo de fiscalização o período semestral de acompanhamento de todas as demandas processadas no procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP.

§1° A contagem do período do primeiro ciclo de fiscalização se dará a partir da data de vigência da presente resolução, contando-se os demais subsequentemente.

§ 2° O ciclo de fiscalização servirá de base para o cálculo do indicador de fiscalização.

Art. 46. Ao final de cada ciclo de fiscalização, será divulgado o indicador de fiscalização, calculado na forma prevista na ficha técnica constante do Anexo I desta Resolução, o qual representará o desempenho das operadoras no período.

§1° Para os fins desta Resolução, considera-se indicador de fiscalização a média aritmética ponderada das demandas processadas através do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, sejam assistenciais ou não assistenciais, classificadas como resolvidas pelo reconhecimento da reparação voluntária e eficaz – RVE e não resolvidas, registradas durante o ciclo de fiscalização.

§2° O indicador de fiscalização enquadrará as operadoras em uma das faixas relacionadas na ficha técnica constante do Anexo I.

§3° A fim de permitir o acompanhamento pelas operadoras de seu desempenho no período, será calculada uma prévia do indicador de fiscalização 3 (três) meses após o início do ciclo de fiscalização.

Seção II

Das Demais Modalidades de Fiscalização

Art. 47. Independentemente do enquadramento de qualquer operadora nos fluxos processuais definidos nesta Resolução, a DIFIS poderá, por meio de seus órgãos e agentes competentes, deflagrar quaisquer outras ações fiscalizatórias que se mostrem necessárias, sejam remotas ou in loco, nos casos em que forem constatados quaisquer indícios de anormalidades ou desequilíbrios, bem como em caso de relevante descumprimento das normas legais e regulamentares que regem o setor de saúde suplementar.

Seção III

Da Intervenção Fiscalizatória

Art. 48. O Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória, contendo as operadoras a serem fiscalizadas a cada ciclo de fiscalização, será executado pelos agentes designados pela DIFIS.

Art. 49. As operadoras constantes do Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória serão selecionadas com base em critérios detalhados em Nota Técnica, que será publicada no sítio eletrônico da ANS.

Parágrafo único. Sem prejuízo do disposto no caput, poderão ser acrescidas outras operadoras ao Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória, levando-se em consideração fatos e eventos relevantes que possam comprometer o adequado funcionamento do mercado de Saúde Suplementar, com aprovação do Diretor de Fiscalização.

Art. 50. A inclusão de operadora no Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória não impede que o ente regulado seja alvo de outras operações de fiscalização, de visitas técnicas ou de qualquer outra medida por parte da ANS.

Art. 51. As equipes de fiscalização poderão efetuar as diligências na sede da operadora, em seus escritórios regionais e, se necessário, nas dependências de seus prestadores de serviços, inclusive da rede própria, ou qualquer outro local vinculado à atividade da operadora no período de cinco dias úteis, podendo esse período ser abreviado ou prorrogado conforme a necessidade do serviço.

Art. 52. Após a realização da diligência, serão elaborados os relatórios de diagnóstico, que serão disponibilizados no sítio eletrônico da ANS, em área reservada da operadora.

Art. 53. As operadoras objeto de Intervenção Fiscalizatória que, ao final do ciclo subsequente à diligência, doravante chamado ciclo de acompanhamento, não migrarem, no mínimo, para a faixa imediatamente melhor qualificada ou não providenciarem os ajustes das irregularidades apontadas no relatório de diagnóstico, sofrerão a aplicação das seguintes medidas:

I - afastamento do reconhecimento da Reparação Voluntária e Eficaz – RVE em todas as demandas em que for parte e afastamento da possibilidade do pagamento de qualquer multa com os descontos previstos nos normativos vigentes;

II – lavratura de auto de infração, com vistas à aplicação de penalidade tipificada no normativo específico, pela conduta de não sanar as irregularidades apontadas no relatório de diagnóstico elaborado no âmbito da intervenção fiscalizatória.

III – encaminhamento de avaliação para instauração de regimes especiais às áreas técnicas responsáveis.

§1º As medidas previstas no inciso I deste artigo serão adotadas no primeiro ciclo seguinte ao ciclo de acompanhamento e perdurarão enquanto a operadora não cumprir os critérios dispostos no caput.

§2º A medida prevista no inciso II será adotada caso a operadora não tenha atendido aos critérios dispostos no caput no segundo ciclo após o ciclo de acompanhamento.

§3º A medida prevista no inciso III poderá der adotada a qualquer tempo, em qualquer ciclo, em face da observância de indícios de graves anormalidades técnico-assistenciais e/ou econômico-financeiros.

Art. 54. Regulamentação específica da DIFIS detalhará os procedimentos a serem observados na execução do Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 05 de Fevereiro de 2016, Seção 1, página 64)

Art. 55. Não será deflagrada intervenção fiscalizatória prevista na Seção IV do Capítulo III durante o primeiro ciclo de fiscalização prevista na Seção I do Capítulo III.

Art. 55. Não será deflagrada intervenção fiscalizatória prevista na Seção III do Capítulo V durante o primeiro ciclo de fiscalização prevista na Seção I do Capítulo V. (Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 05 de Fevereiro de 2016, Seção 1, página 64)

Art. 56. Revogam-se as Resoluções Normativas – RN n° 48, de 19 de setembro de 2003, RN n° 343, de 17 de dezembro de 2013 e a Resolução Normativa - RN n° 223, de 28 de julho de 2010.

Art.57. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 15 de fevereiro de 2016.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

Diretor-Presidente

ANEXO D – RESOLUÇÃO NORMATIVA RN 395

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 395, DE 14 DE JANEIRO DE 2016

Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em vista do que dispõem os incisos XXIV, XXVIII, XXXVII e XLI do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 16 de dezembro de 2015, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretora Presidente Substituta, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN define regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.

Parágrafo único. Para fins desta RN, considera-se atendimento a interação entre o beneficiário e a operadora, independentemente do originador da interação, efetivada por qualquer dos canais previstos no art. 5°.

Art. 2º São garantidos ao beneficiário, sem prejuízo das normas gerais aplicáveis aos serviços de atendimento ao consumidor:

I – atendimento adequado à sua demanda, assegurando-lhe o acesso e a fruição dos serviços conforme o disposto nas normas legais e infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar, bem como nas condições contratadas;

II – tratamento preferencial aos casos de urgência e emergência;

III – respeito ao regramento referente ao sigilo profissional e à privacidade; e

IV – informação adequada, clara e precisa quanto aos serviços contratados, especialmente quanto às condições para sua fruição e aplicação de mecanismos de regulação.

Parágrafo único. No caso de atendimento presencial, é garantido ao beneficiário, ainda, tratamento não discriminatório nas condições de acesso, devendo-se observar as prioridades de atendimento definidas em lei, quais sejam, pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo.

Art. 3º São diretrizes que devem orientar o atendimento das operadoras aos beneficiários:

I – transparência, clareza e segurança das informações;

II – rastreabilidade das demandas;

III – presteza e cortesia;

IV – racionalização e melhoria contínua.

Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no art. 9º, quando demandadas, as operadoras deverão prestar aos seus beneficiários, de forma imediata, as devidas informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo ainda se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou no correspondente instrumento contratual firmado para prestação do serviço de assistência à saúde suplementar.

Art. 5º Para prestarem o atendimento previsto no art. 4°, as operadoras deverão disponibilizar e divulgar, de forma clara e ostensiva, os seguintes canais:

I – atendimento presencial, indicando os endereços disponíveis para atendimento ao beneficiário; e

II – atendimento telefônico, contendo número da respectiva central de atendimento.

Parágrafo único. A disponibilização de meio de atendimento via Internet é facultativa para fins de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial.

Art. 6º As operadoras deverão disponibilizar unidade de atendimento presencial, de que trata o inciso I do art. 5º, no mínimo nas capitais dos Estados ou regiões de maior atuação dos seus produtos, ao menos no horário comercial dos dias úteis, desde que atendidos os seguintes critérios:

I – possua concentração de beneficiários superior a 10% (dez por cento) do total de sua carteira; e

II – o número de beneficiários naquela área não seja inferior ao limite de 20.000 (vinte mil).

Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões.

Art. 7º O atendimento telefônico de que trata o inciso II do art. 5º deve ser assegurado:

I – durante 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana, nas operadoras de grande porte;

II – nos dias úteis e em horário comercial, nas operadoras de pequeno e médio porte, nas exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência, nos quais deverá haver oferta de canal telefônico para orientação por 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana.

Parágrafo único. O horário comercial respeitará as peculiaridades de cada região, aplicando-se, para tanto, as regras do local onde funcionar o atendimento.

Art. 8º Sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial pelo beneficiário, independente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja sua finalidade, deverá ser fornecido número de protocolo como primeira ação, no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva, ainda que indiretamente, cobertura assistencial.

§ 1º Qualquer solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial deve ser emitida por profissional de saúde devidamente habilitado.

§ 2º A apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial à operadora poderá ser feita pelo prestador em nome do beneficiário.

§ 3° Para os fins desta Resolução, o número de protocolo fornecido pela operadora ao beneficiário deverá observar o padrão previsto na ficha técnica constante do Anexo I.

§ 4° Independentemente do porte, as operadoras deverão arquivar, pelo prazo de 90 (noventa) dias, e disponibilizar, em meio impresso ou eletrônico, os dados do atendimento ao beneficiário, identificando o registro numérico de atendimento, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.

§ 5° Os canais de atendimento ao beneficiário voltados à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial serão obrigatoriamente ofertados, ainda que exista entre operadora e prestador de serviço regramento para a apresentação direta de pedidos de autorização dos serviços prestados.

Art. 9º Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a operadora demandada terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário.

§1° Nos casos de solicitação de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial em que os prazos máximos para garantia de atendimento, previstos na RN n° 259, de 17 de junho de 2011, sejam inferiores ao prazo previsto no caput, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na RN n° 259, de 2011.

§ 2° Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade – PAC – ou de atendimento em regime de internação eletiva, as operadoras deverão cumprir o prazo de até 10 (dez) dias úteis para apresentação de resposta direta ao beneficiário, informando as medidas adotadas para garantia da cobertura.

§ 3° As solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser autorizadas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor.

Art. 10. Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, seja ele credenciado ou não, a operadora deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

§ 1º O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações prestadas na forma do caput sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 2º No caso das operadoras de pequeno e médio porte, o prazo de 24 (vinte e quatro) horas previsto no § 1º deverá considerar o horário de funcionamento de suas unidades de atendimento.

Art. 11. Fornecida resposta direta ao beneficiário sobre o resultado da análise de sua solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, a este será garantida a faculdade de requerer a reanálise de sua solicitação, a qual será apreciada pela Ouvidoria da operadora, instituída na forma da RN n° 323, de 3 de abril de 2013.

§ 1° No mesmo ato de fornecimento da resposta direta ao beneficiário, a operadora deverá informá-lo acerca do prazo, forma e procedimento a serem observados para apresentação do requerimento de reanálise, inclusive no que se refere à instauração de junta médica, caso haja manifestação de divergência do profissional de saúde solicitante.

§ 2° Caso a operadora esteja dispensada da criação de unidade organizacional específica de Ouvidora, as revisões apresentadas serão apreciadas pelo representante institucional previsto no art. 8° da RN n° 323, de 2013.

§ 3° Caso a operadora imponha ao beneficiário procedimento excessivamente complexo para apresentação do requerimento de reanálise, de modo que impeça ou restrinja o exercício dessa faculdade, será configurada a infração prevista nessa norma, por não observância às regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial.

Art. 12. Em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentadas pelos beneficiários às operadoras deverá ser concluído, nos termos desta Resolução, observando-se os prazos previstos na RN n° 259, de 2011.

Parágrafo único. As informações prestadas em atendimento a esta Resolução deverão observar o Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 305, de 9 de outubro de 2012.

Art. 13. Os registros documentados dos atendimentos realizados na forma prevista nesta Resolução poderão ser utilizados pelas operadoras para qualificação das respostas apresentadas às Notificações de Intermediação Preliminar – NIP.

Art. 14. Os beneficiários, caso assim solicitem, terão acesso, sem ônus, aos registros de seus atendimentos, em até 72 (setenta e duas) horas da solicitação respectiva, respeitado o disposto no § 4º do art. 8º.

Art. 15. A presente Resolução não afasta a necessidade de observância, pelas operadoras, do disposto no Decreto n° 6.523, de 31 de julho de 2008, que regulamenta a Lei n° 8.078, de 11 de setembro de 1990, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC, ou legislação que o substitua.

Art. 16. A RN 124 passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

Art. XX. Deixar de observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial, exceto quando a conduta configurar negativa de cobertura, caso em que será aplicada a sanção desta sanção - multa de R$ 30.000,00 (trinta mil reais).

Art. 17. Fica revogada a RN n° 319, de 5 de março de 2013 e fica revogado parágrafo único do art. 74 da RN nº 124, de março de 2006.

Art. 18. Essa resolução normativa entra em vigor em 120 (cento e vinte) dias após sua publicação.

SIMONE SANCHES FREIRE
Diretora-Presidente Substituta