



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

OFÍCIO Nº 3615/2019/ASPAR/GM/MS

Brasília, 15 de outubro de 2019.

A Sua Excelência a Senhora
Deputada SORAYA SANTOS
Primeira-Secretária
Edifício Principal, sala 27
Câmara dos Deputados
70160-900 Brasília - DF

Assunto: Ofício 1ª Sec/RI/E/nº 802/2019

Senhora Primeira-Secretária,

Reporto-me ao expediente destacado na epígrafe, referente ao Requerimento de Informação nº 1321, de 27 de setembro de 2019, para encaminhar as informações prestadas pelo órgão técnico deste Ministério.

Atenciosamente,

LUIZ HENRIQUE MANDETTA
Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Henrique Mandetta, Ministro de Estado da Saúde**, em 18/10/2019, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0011745205** e o código CRC **03D2EE29**.



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

DESPACHO

ASPAR/GM/MS

Brasília, 15 de outubro de 2019.

Ao Gabinete do Ministro

Assunto: **Requerimento de Informação nº 1321/2019 Dep. Ronaldo Carletto**

Encaminho resposta contendo Ofício 140/2019/GGRIN/GAB/PRESI SEI 0011745124, para ciência e atendimento à Solicitação da Câmara dos Deputados.

GABRIELLA BELKISSE ROCHA
Assessora Especial do Ministro para Assuntos Parlamentares
Chefe da Assessoria Parlamentar



Documento assinado eletronicamente por **Gabriella Belkisse Câmara Rocha Tavares, Chefe da Assessoria Parlamentar**, em 15/10/2019, às 17:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0011745150** e o código CRC **623A0E8E**.

Ofício nº 140/2019/GGRIN/GAB/PRESI

Brasília, 14 de outubro de 2019.

À Senhora

GABRIELLA BELKISSE CÂMARA ROCHA TAVARES

Chefe da Assessoria Parlamentar

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G – 5º andar

70058-900 Brasília - DF

Assunto: Requerimento de Informações nº 1321, de 2019.

Senhora Chefe da Assessoria Parlamentar,

Reporto-me ao Ofício nº 3317/2019/ASPAR/GM/MS, de 30 de setembro de 2019, por meio do qual essa Assessoria Parlamentar, do Ministério da Saúde, solicita análise e emissão de parecer técnico sobre o Requerimento de Informações nº 1321/2019, de autoria do Deputado Ronaldo Carletto (PP/BA), no qual se requer informações sobre *"as ações que têm sido efetivadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar diante dos atos abusivos perpetrados pelas operadoras de planos de saúde contra os seus respectivos beneficiários"*.

Assim sendo, com base nos subsídios técnicos enviados pelas Diretorias desta ANS, passa-se ao enfrentamento das questões elencadas pelo ilustre parlamentar, são elas:

- 1) O Tribunal de Contas da União (TCU) concluiu, recentemente, auditoria voltada especificamente para a questão dos reajustes dos planos de Saúde Suplementar. O objetivo de tal ação regulatória foi verificar se os procedimentos e mecanismos utilizados pela ANS são suficientes para garantir a sustentabilidade do mercado e a não onerosidade excessiva dos consumidores. Entre os achados da auditoria, indicou-se que a ANS não dispõe de mecanismos de prevenção, identificação e correção de reajustes nos planos coletivos. Gostaríamos de saber se, depois de instruída pelo TCU a melhorar os mecanismos de prevenção de abusividade dos reajustes nesse tipo de contrato, a Agência já tomou alguma atitude nesse sentido?**

Resposta: Importante destacar, desde já, que os achados do Tribunal de Contas da União (TCU), mencionados no referido Requerimento de Informações, foram prontamente esclarecidos por esta Agência.

Relativamente aos mecanismos para prevenção, identificação e acompanhamento dos reajustes nos planos coletivos, vale ressaltar que a ANS monitora anualmente os comunicados de reajustes aplicados aos contratos dos planos coletivos médico-hospitalares e vem permanentemente aprimorando este processo de trabalho, com a verificação da fidedignidade dos comunicados de reajustes coletivos.

Importante salientar também que a ação de monitoramento se dava tanto para fins de cálculo do reajuste dos planos individuais/familiares, quando a metodologia de cálculo era baseada no reajuste dos planos coletivos, quanto para verificação das informações prestadas nos comunicados de reajustes coletivos, inclusive quanto à forma de cálculo e observância às cláusulas contratuais.

Essas ações perpassam por fases que vão desde a realização de oficinas sobre reajuste coletivo para as operadoras, monitoramento remoto por meio de solicitação de dados comprobatórios dos reajustes, podendo culminar na realização de reuniões e, eventualmente, em visitas técnicas às operadoras para verificação das informações prestadas.

- 2) Outra conclusão da mencionada auditoria do TCU foi que o Sistema de Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos, gerido pela ANS, não possui mecanismos suficientes de validação das informações inseridas pelas operadoras, e que a ANS não toma ações concretas para saneamento de erros ou anormalidades. Diante da recomendação da ANS de sanear essas anormalidades, a Agência já providenciou a melhoria da efetividade do Sistema?**

Resposta: Quanto ao Sistema de Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos, gerido pela ANS, convém ressaltar que as operadoras devem comunicar à Agência os reajustes aplicados, tanto os positivos e os negativos, quanto a ausência de reajuste, de acordo com os arts. 13 e 15 da RN nº 171/2008. Os procedimentos necessários para comunicação do reajuste aplicado, dentre eles o prazo para envio, estão disciplinados na IN DIPRO nº 13/2006 e seus anexos, sendo descritas as informações mínimas obrigatórias para que o comunicado seja incorporado com sucesso à base de dados do sistema de Reajuste de Planos Coletivos – RPC.

Com relação às informações sobre a evolução dos preços dos planos coletivos, materializada no reajuste informado, um dos monitoramentos consiste no levantamento de operadoras que não encaminharam os comunicados de reajuste no prazo previsto pela IN DIPRO nº 13/2006. Uma vez constatada a ausência do comunicado, instaura-se um procedimento de representação para apurar a responsabilidade da operadora infratora.

Ressalte-se que a ANS monitora permanentemente tais planos desde junho de 2000, sendo a última conferência realizada em julho de 2016 relativa a reajustes aplicados no período de maio/2011 a abril/2015. Nesta oportunidade foram realizadas notificações a 841 operadoras que não apresentaram ao menos um comunicado de reajuste pelo sistema de Reajuste de Planos Coletivos - RPC para produtos de planos coletivos com beneficiários vinculados no período supracitado. Após isso, 354 operadoras regularizaram as pendências apontadas (42%) e tiveram seus processos arquivados. As 487 operadoras restantes foram representadas (58%) em decorrência de omissão no envio de comunicado de reajuste de plano coletivo e os processos estão em fase final de análise. A próxima rodada de representações deve ser iniciada brevemente.

Outrossim, com a edição da RN nº 309/2012, a ANS passou a disciplinar o reajuste aplicado aos contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários. De acordo com este normativo, os reajustes anuais dos planos coletivos de todos os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários de uma determinada operadora devem ser calculados através do agrupamento desses contratos (Pool de Risco), resultando assim em um único percentual a ser aplicado. A ANS pretendeu com esta medida introduzir um maior mutualismo para o cálculo do reajuste e a redução do risco de cada contrato, que ficaria melhor distribuído e diluído dentro de um grupo maior.

As operadoras ficam obrigadas ainda a divulgar o percentual de reajuste em seu endereço eletrônico na internet, no primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, devendo também identificar os contratos que receberão o reajuste e seus respectivos planos. Também deve ser observada a obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, conforme estabelece a RN nº 171/2008, bem como o envio do comunicado de reajuste pelo sistema RPC.

Para induzir o cumprimento da norma e dar transparência aos índices aplicados, a ANS realiza pesquisa pela plataforma FormsUS. Desta forma, desde o início da vigência da RN nº 309/2012, é realizada uma pesquisa anual de reajustes aplicados aos contratos agrupados por meio de consulta às operadoras. A última pesquisa foi realizada entre os dias 31/01/2019 e 10/03/2019, junto a 740 operadoras que possuíam contratos coletivos médico-hospitalares com beneficiários em pelo menos 12 meses consecutivos desde maio/2017, por meio do preenchimento de formulário eletrônico disponibilizado pelo link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=45143.

A pesquisa foi respondida por 648 operadoras de planos de saúde, dentre as quais 494 possuíam contratos elegíveis ao agrupamento de contratos previstos na RN nº 309/2012, 154 informaram que não os possuíam e 92 não responderam. A soma supera o número de operadoras selecionadas, pois algumas operadoras que não constavam da lista inicial responderam, embora estivessem desobrigadas por não possuírem beneficiários vinculados a planos coletivos na modalidade de pré-pagamento.

Assim sendo, é possível verificar que o incremento no número de operadoras monitoradas por ano, com maior representatividade em termos de números de contratos e beneficiários de planos coletivos, denotam os esforços desta área técnica na verificação da fidedignidade dos comunicados de reajustes dos planos coletivos.

Em que pese os comunicados de reajuste de planos coletivos sejam preenchidos e encaminhados pelas operadoras, eles somente serão incorporados à base de dados da ANS se estiverem em total conformidade com todas as críticas realizadas na recepção dos arquivos. Além das verificações que existem para qualquer tipo de arquivo enviado para a ANS, são realizadas as críticas específicas para o envio. É verificado se o registro ANS da operadora presente no arquivo é válido, se a operadora está com a sua situação Ativa, se a versão do sistema que enviou o arquivo é válida e se o plano informado está registrado na ANS e pertence à operadora, entre outras verificações.

3) As operadoras não têm tido interesse em comercializar planos individuais, uma vez que esses produtos são mais regulamentados e, por isso, em geral, mais lucrativos. Diante desse cenário, quais as providências que a ANS pode tomar, como reguladora do mercado, para estimular as operadoras a disponibilizar esses produtos?

Resposta: Quanto ao interesse das operadoras em comercializar planos individuais/familiares, deve-se destacar que, conforme dispõe o art. 12 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, a oferta de planos de saúde nas segmentações previstas em Lei é facultativa às operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Vale enfatizar que, por se tratar de um mercado privado, submetido à regulação desta Agência, a escolha dos produtos e dos tipos que serão comercializados cabem às operadoras, cabendo a esta ANS zelar pelo cumprimento da Lei nº 9.656/98, a qual lista os tipos de contratação, no art. 16, inciso VII. Dessa feita, face ao princípio constitucional da livre concorrência, as operadoras não são obrigadas a comercializar todos os tipos de contratação de planos.

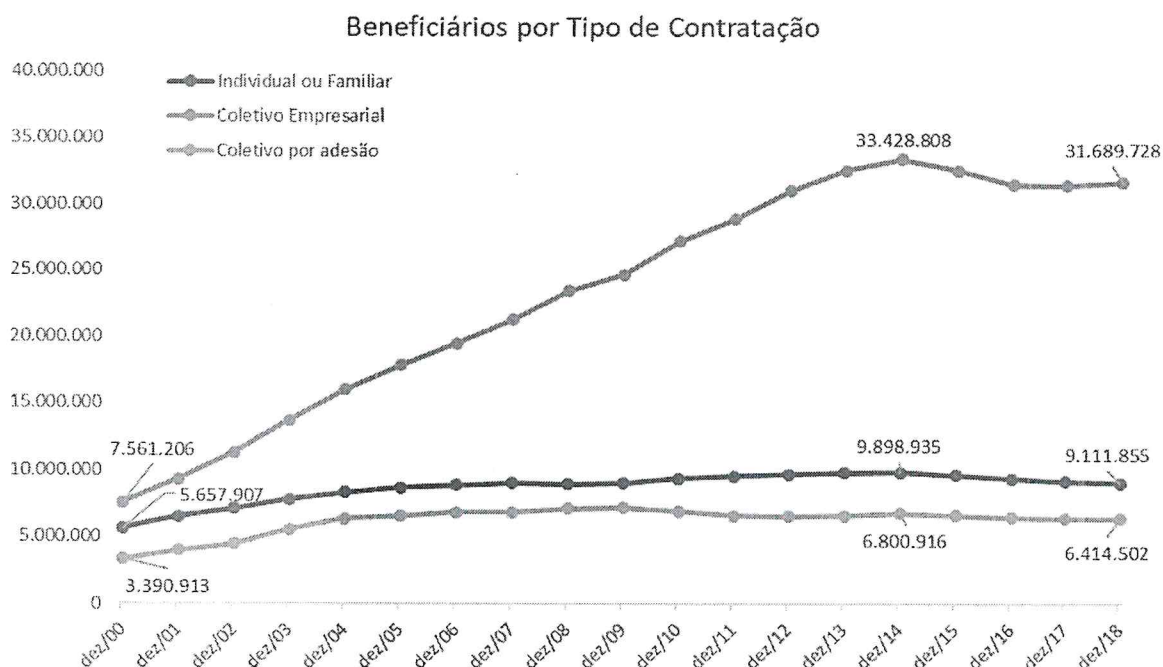
Todavia, a Lei nº 9.656/98 impõe a regra no sentido de que, em todos os tipos nos quais a operadora desejar comercializar, é necessário o prévio registro de um plano referência, à exceção das operadoras classificadas na modalidade de autogestão. Entretanto, a exigência da oferta não garante o acesso, uma vez que os preços dos planos não são arbitrados pelo órgão regulador.

De todo modo, a partir da lógica de incremento dos mecanismos de regulação do setor, a ANS vem implementando medidas com o objetivo de reduzir a assimetria de informações do mercado. Com isso, a Agência espera incentivar o aumento da concorrência, haja vista a recente ampliação das regras de portabilidade, conforme a RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018.

Ademais, o tema "Acesso a planos privados de assistência à saúde" foi proposto para a Agenda Regulatória 2019-2021, dentro do eixo "Equilíbrio da Saúde Suplementar", e está relacionado à garantia do acesso do cidadão aos serviços da saúde suplementar por meio da contratação de plano privado de assistência à saúde. Aspectos relevantes devem ser considerados, tais como, a elaboração de estudos e fomento à discussão referentes às políticas regulatórias para indução de formas de acesso e continuidade no Sistema de Saúde Suplementar.

A Agenda Regulatória é o instrumento de planejamento que agrega o conjunto de temas estratégicos e prioritários, que serão objeto de atuação da ANS em determinado período. A agenda visa dar previsibilidade à atividade regulatória da Agência.

Quanto à queda do número de beneficiários no setor, é importante ressaltar que se trata de um fenômeno que está profundamente associado à crise econômica/política que se estabeleceu no país a partir do ano de 2015.



Conforme evidenciado no gráfico anterior, construído a partir de informações do SIB – Sistema de Informação de Beneficiários da ANS, entre 2000 e 2014 não houve queda do número de beneficiários em nenhum ano. Entre dezembro de 2014 e dezembro de 2018, a queda no número de beneficiários foi de cerca de 5,8%, ocorrendo em todos os três tipos de contratação. Ressalte-se, por fim, que entre 2001 e 2018 não houve modificações relevantes nas regras e na metodologia de reajustes.

- 4) De acordo com a Lei nº 9.656, de 1998, as operadoras de planos privados de assistência à saúde submetem suas contas a auditores independentes e publicam o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras. A ANS dispõe de algum mecanismo de avaliação contábil dessas contas? É feita alguma análise crítica das informações fornecidas, para aferir a fidedignidade dos números apresentados?**

Resposta: As demonstrações financeiras enviadas trimestralmente pelas operadoras setoriais são submetidas a análise técnica individual, a partir dos dados enviados por meio eletrônico ou em visita técnica, de acordo com critérios de risco e relevância, conforme disciplinado pela Resolução Normativa – RN nº 400, de 25 de fevereiro de 2016.

Em relação às demonstrações financeiras divulgadas pelas operadoras em seus sítios na internet, método de publicação implantado a partir deste ano, conforme disposto na Resolução Normativa - RN nº 435, de 23 de novembro de 2018, esclarecemos que foi implantado o monitoramento anual no site das operadoras, conforme cronograma estabelecido internamente, devendo-se lavrar o auto de representação quando constatada a ausência de publicação ou ser encaminhado notificação à operadora de eventual inconsistência em relação às demonstrações enviadas eletronicamente e aos modelos de publicação definidos nas normas da ANS.

- 5) A ANS tem conseguido solucionar as demandas dos usuários, por meio da apuração de condutas das operadoras consideradas abusivas? Como tem funcionado o processo sancionatório na Saúde Suplementar? Ele pode ser considerado eficiente? A ANS dispõe de instrumento para aferir a evolução da qualidade do processo sancionatório e da satisfação dos beneficiários de planos de saúde desde o início das suas atividades?**

Resposta: Preliminarmente, é imperioso que se ressalte que a atuação da Diretoria de Fiscalização da ANS (DIFIS) encontra-se adstrita à aplicação dos normativos vigentes. Desse modo, no exercício da atividade de aplicação de penalidades, lhe cabe apurar os fatos e a verificar se a conduta noticiada está ou não enquadrada em algum tipo infrativo, que, por sua vez, tem como fundamento de validade a normatização setorial sobre a matéria.

Esse encadeamento lógico é fundamental, caso contrário estaria-se violando os princípios da segurança jurídica, ampla defesa e contraditório que devem resguardar o processo administrativo sancionador.

Dito isso, temos que o exercício da fiscalização em seu sentido estrito é desempenhado exclusivamente pela Diretoria de Fiscalização através de agentes especificamente designados. Assim, para o cumprimento dos deveres atribuídos, a Diretoria de Fiscalização estabeleceu, em seu atuar, basicamente, dois tipos possíveis de fiscalização: reativa e proativa.

A fiscalização proativa, em linhas gerais, compreende o planejamento de uma ação fiscalizatória mais ampla e planejada, visando a otimização de esforços. Essas ações estão previstas, precipuamente, no âmbito do Programa de Intervenção Fiscalizatória (RN 388, de 2015 c/c IN DIFIS nº 13, de 2016), onde se objetiva a solução dos maiores problemas identificados a cada ciclo semestral.

Por sua vez, a fiscalização reativa tem como insumo a reclamação dos próprios beneficiários e/ou seus interlocutores e/ou mesmo órgãos institucionais como o Ministério Público, recebida pelos canais de atendimento da ANS que podem ser configurados como conduta infrativa.

Quando esta conduta é passível de mediação, é dado um tratamento individualizado à conduta relatada, com fase prévia pré-processual denominada Notificação de Intermediação Preliminar - NIP.

Quando, *a contrario sensu*, a conduta narrada não é passível de mediação, a fiscalização ainda conta com um instituto denominado procedimento administrativo preparatório, também prévio à fase processual sancionatória:

"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."

Entretanto, a NIP é, sem dúvidas, o instrumento de maior utilização por parte da DIFIS e, desde a sua implementação, tem se revelado em um valioso instrumento para ANS, trazendo mais eficiência e celeridade no trabalho desenvolvido pelo agente fiscalizador. Assim, temos que a NIP consiste em um instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos entre operadoras e beneficiários.

Restando frustrada a NIP e, existindo indício de infração, é instaurado processo administrativo sancionador para apuração da suposta conduta infrativa, tudo em conformidade com a RN 388/2015.

É importante citar que proposições normativas foram fundamentais para o alcance positivo de resultados, cabendo especial destaque para a RN nº 388/2015. A entrada em vigor deste normativo trouxe uma série de medidas que tinham por objetivo precípuo a redução do passivo processual até então existente, com especial ênfase na simplificação do processo administrativo sancionador, visando conferir mais celeridade e eficiência.

Em conjunto com a racionalização do processo administrativo sancionador, foram também implementadas outras medidas, de cunho não pecuniário, na própria RN 388/2015 e fora dela, que provocaram impactos positivos na atividade fiscalizatória. Cita-se como exemplos: 1) previsão de lavratura de auto de infração imediata para as demandas não resolvidas na Notificação de

Intermediação Preliminar - NIP; 2) incentivo à reparação posterior junto ao beneficiário (prevista para um período determinado, mesmo já tendo transcorrido o fluxo da NIP), como mais uma medida que contribui para a composição de conflitos entre as partes; 3) uniformização de entendimentos.

Esta última, além de conferir maior eficiência, também proporciona um aumento na qualidade da apuração realizada pelos agentes, na medida em que esclarece pontos controversos à fiscalização.

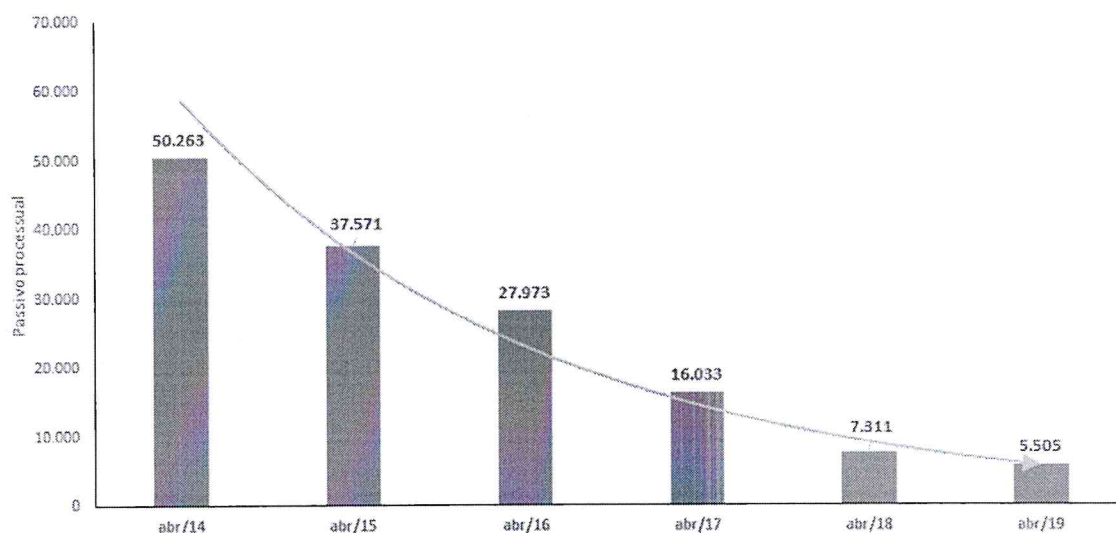
Feitas essas considerações iniciais, reforça-se, mais uma vez, que o foco precípua da Diretoria de Fiscalização é garantir que o beneficiário receba, com a qualidade e celeridade necessárias, aquilo que contratou, ou seja, em outras palavras, solucionar efetivamente as demandas dos usuários.

Nessa esteira de pensamento, a RN 388/2015 introduziu no procedimento de NIP a análise fiscalizatória das demandas não assistenciais, que até então era restrito às demandas de natureza assistenciais.

Assim, com a entrada em vigor da RN 388/2015, todas as denúncias que não tinham como referência a restrição de acesso à cobertura assistencial, desde que o beneficiário fosse diretamente afetado pela conduta praticada pela Operadora e a situação passível de intermediação, passaram a ter o mesmo tratamento das demandas de natureza assistencial.

Isso gerou um significativo incremento na resolutividade das demandas não assistenciais (nelas incluídas as de reajustes), conforme abaixo demonstrado, representando menos abertura de processos administrativos sancionadores e com isso maior celeridade na resposta dada ao beneficiário.

FIGURA 2 - Passivo Processual (abril/2014 a abril/2019)



Fonte: SIF-Consulta

Data da extração: 14/06/2019

Período avaliado: abril de 2014 a abril de 2019

Uma vez controlado esse passivo, a fiscalização pôde se voltar para outras atividades de cunho mais qualitativo. Nesse aspecto, merece destaque a denominada "**Auditorias das Demandas NIP**", que consiste no seguinte processo de trabalho: mensalmente é realizada auditoria amostral de demandas, cujo objetivo é qualificar e aprimorar as análises, além de uniformizar condutas e entendimentos.

Do resultado da auditoria, é possível identificar comportamentos do mercado e situações críticas, que poderão ser repassadas à Diretoria de Fiscalização. Assim, nos termos do artigo 14, §4º, da RN nº 388, é possível que, após identificação pela auditoria de insubsistência das razões que determinaram a finalização da demanda pela classificação inicialmente atribuída, seja recomendada a reabertura e consequente reanálise desta, com a devida notificação à operadora e ao interlocutor.

Prosseguindo, cabe destacar que a Diretoria de Fiscalização coordena a Central de Relacionamento da ANS, estrutura de atendimento às demandas de reclamação e de informação registradas pelos beneficiários de planos de saúde ou seus interlocutores. As operadoras e prestadores de serviços de saúde também usam a Central de Relacionamento, por meio do registro de demandas de informação. Considerando apenas o Disque ANS – principal meio de acesso da Central de Relacionamento – foram mais de 3 milhões e 500 mil ligações recebidas no período de 5 (cinco) anos de gestão, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Período comparativo	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano
Finalizadas na URA	339.683	219.166	185.362	185.444	180.957
Abandonos	11.927	93.323	5.336	6.613	7.339
Atendidas	519.905	497.144	485.673	482.537	456.409
Total de ligações recebidas Disque ANS	871.515	809.633	676.371	674.594	644.705

Objetivando o benefício contínuo do atendimento, de forma a ampliar a percepção de empatia pelo público alvo do Disque ANS e qualificar a atuação da supervisão do atendimento junto à operação, desde julho de 2015 é realizada, mensalmente, a Pesquisa de Satisfação Quali-quantitativa do Disque ANS.

A Pesquisa Quali-quantitativa de Satisfação visa à obtenção de dados para a qualificação do serviço prestado pelo Disque ANS, por meio da análise de percepção dos consumidores acerca dos aspectos relacionados ao seu atendimento. São avaliados os seguintes aspectos: disponibilidade do Disque ANS; qualidade do atendimento feito pelo agente; pertinência do conteúdo respondido; satisfação do consumidor com o conteúdo de legislação abordado e avaliação geral (já computada na Pesquisa Quantitativa Básica de Satisfação). Por meio das respostas dadas na pesquisa também é possível utilizar os dados

coletados como fonte de mensuração indireta do impacto regulatório sobre as normas da ANS, como também as alterações de comportamento do mercado.

Após mais de três anos de realização da Pesquisa de Satisfação Qualitativa do Disque ANS, os dados extraídos possibilitaram a implementação de melhorias, treinamentos específicos na operação do Disque ANS e qualificação do atendimento ao consumidor.

Abaixo seguem nossos canais, onde nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos:

- Disque ANS (0800.701.9656);
- Central de Atendimento ao Consumidor e;
- Atendimento pessoal em um dos Núcleos da ANS localizados em diversas capitais.

Por fim, vale destacar ainda a existência do Programa de Qualificação Institucional, que passou por uma reformulação, em 2018, tornando-se uma ferramenta não só de monitoramento e avaliação, mas de transformação e melhoria dos processos de trabalho.

Dentre os 22 indicadores que compõem o Programa, pelo menos três deles procuram avaliar a conduta sancionatória, a saber: Tempo Médio de Análise da NIP Assistencial; Tempo Médio de Análise da NIP Não Assistencial; Tempo Médio de Tramitação do Processo Sancionador. Em consulta aos resultados referentes a este Programa no site da ANS na internet (<http://www.ans.gov.br/2-a-ans/10-transparencia-institucional/4929-indicadores-de-desempenho-resultado-2018>) pode se verificar que a Agência superou a meta estabelecida em todos os indicadores mencionado.

Sendo essas as informações de competência deste Órgão Regulador, renovamos nossa disponibilidade para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Ana Carolina Rios Barbosa
Gerente-Geral de Relações Institucionais