

INDICADOR DE MONITORAMENTO DE GARANTIA ASSISTENCIAL: ALTERAÇÃO NA REFERÊNCIA DE DEMANDAS – RISCO DE ENVIESAMENTO AO FIM QUE SE DESTINA – LIMITES DA DISCRICIONARIEDADE

Assistance guarantee monitoring indicator: change in the reference for
demands – risk of bias towards the intended purpose – limits of discretion

AUTORES

Francisco Teixeira da Silva
Telles

1 Silva Telles Advogados

CONTATO

Francisco Teixeira da Silva
Telles

1 franciscotelles@yahoo.com.br

Obs: este artigo reflete exclusivamente a
opinião do(s) autor(es), não
representando a posição do IESS.

RESUMO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu alteração significativa no indicador de monitoramento de garantia assistencial através da Instrução Normativa 36/2024, modificando a base de demandas consideradas no monitoramento. A mudança substituiu o critério anterior, que se baseava em demandas classificadas como Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) ou encaminhadas para processo sancionador - ambas indicativas de infrações - por demandas "não resolvidas" segundo manifestação dos beneficiários. Esta alteração representa um desvirtuamento da finalidade original do monitoramento, estabelecida em 2011, que visava identificar operadoras com descumprimento reiterado das regras assistenciais. A nova metodologia introduz elementos subjetivos e pode incluir demandas sem indícios de infração, comprometendo a qualidade técnica do indicador. O artigo argumenta que a alteração configura desvio de finalidade administrativa, pois não atende ao objetivo de monitorar efetivamente o descumprimento regulatório, podendo resultar em sanções inadequadas às operadoras de planos de saúde.

Palavras-chave: ANS, monitoramento assistencial, regulação em saúde, planos de saúde, NIP assistencial, desvio de finalidade, indicadores regulatórios.

ABSTRACT

The National Supplementary Health Agency (ANS) implemented significant changes to the healthcare assistance guarantee monitoring indicator through Normative Instruction 36/2024, modifying the demand base considered in monitoring. The change replaced the previous criterion, which was based on demands classified as Voluntary and Effective Repair (RVE) or forwarded for sanctioning processes - both indicative of infractions - with "unresolved" demands according to beneficiary statements. This alteration represents a distortion of the original monitoring purpose, established in 2011, which aimed to identify operators with repeated non-compliance with healthcare assistance rules. The new methodology introduces subjective elements and may include demands without evidence of infractions, compromising the technical quality of the indicator. The article argues that the alteration constitutes administrative purpose deviation, as it fails to meet the objective of effectively monitoring regulatory non-compliance, potentially resulting in inappropriate sanctions against health plan operators.

Keywords: ANS, healthcare monitoring, health regulation, health plans, healthcare NIP, purpose deviation, regulatory indicators.

INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em meados do ano passado, promoveu alteração no indicador de monitoramento de garantia assistencial, com a Edição da IN 36 de julho de 2024, que modificou dispositivos da IN 31/2022, e que passou a valer em outubro de 2024, aplicável a partir do quarto trimestre de 2024, para as demandas referidas como NIP assistencial.

A mudança promovida, apesar de parecer sutil, pode acarretar significativa mudança no quadro de demandas assistenciais a serem consideradas no monitoramento, e, possivelmente, impactará nos seus resultados concretos, podendo implicar mais reguladas a terem seus planos suspensos, além dos possíveis desdobramentos previstos no regulamento específico.

O ponto, no entanto, para além do provável aumento do risco para as reguladas, uma vez que pode aumentar a base de demandas que serão consideradas no monitoramento, é que o novo critério resulta em uma radical e, certamente, incorreta mudança qualitativa da demanda a ser considerada para o monitoramento.

É que, ao passar a serem consideradas as demandas de reclamações geradas no período de avaliação e indicadas como "*não resolvidas*" após retorno do beneficiário para informar sobre a solução da demanda, passa a haver a real possibilidade de serem inseridas no indicador demandas que deveriam ser classificadas como *sem indícios de infração*, o que, certamente, ocasiona um desvirtuamento na própria finalidade do monitoramento.

A ANS, com isso, abre mão de se valer de demandas que, efetivamente, apresentam indícios de infração – que são enviadas para os núcleos para provável lavratura de auto de infração e as que são arquivadas por resolução, que são classificadas como RVE - e passa a colocar na base de cálculo do indicador as demandas que foram respondidas pelas reguladas sustentando, em geral, que o usuário do plano não teria direito, e que, como desdobramento, esse usuário afirma à ANS que sua demanda NÃO foi resolvida.

Ainda que, eventualmente, na quantidade de demandas, o resultado não apresente mudanças, o que, por enquanto, é uma incógnita, há uma mudança na qualidade do dado inserido na amostra que passa a servir para o monitoramento a partir do quarto trimestre de 2024.

Para procurar demonstrar de forma mais didática a essência dessa alteração realizada pelo normativo da ANS editado em meados de 2024, necessário compreender a dinâmica da NIP assistencial.

NIP ASSISTENCIAL

Em cima do que a regra estabelece¹, a NIP consiste em procedimento pré-processual, e serve como instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos privados, e, no caso, a NIP assistencial tem como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura de assistência à saúde.

O usuário de plano, então, reclama junto à ANS que não conseguiu ser atendido por seu plano de saúde, pelo menos do jeito que idealizava. A Operadora tem prazo para resolver essa reclamação, e, na situação concreta, tem, como alternativa autorizar o procedimento ou afirmar que seu cliente não tem razão, que significa que o que o cliente reclamou, na visão da operadora, ele não teria direito.

Dessas duas hipóteses de posicionamento da operadora, se desdobram em situações que, se o atendimento foi autorizado no prazo definido, a demanda se dá como resolvida, e é classificada como RVE; e se o procedimento NÃO foi autorizado, o usuário pode se manifestar afirmando que sua reclamação NÃO foi resolvida.

Dessa última situação, a demanda ou vai ao arquivo, porque a Operadora respondeu acertadamente, ou é remetida a um dos núcleos regionais da ANS, porque se verifica indícios de infração.

Com a modificação referida, havida em meados de 2024, os dois tipos de demandas em que o procedimento não foi autorizado podem passar a fazer parte do monitoramento.

MONITORAMENTO DO ATENDIMENTO

Buscando dar maior clareza ao que é trazido nesse texto, apresento breve resgate histórico de como se constituiu para a ANS a medida de monitorar o comportamento das empresas reguladas do setor de planos de saúde no que diz respeito à garantia de cobertura assistencial.

Importante contextualizar a implantação e o desenvolvimento da NIP como principal instrumento de interlocução da ANS com os beneficiários de planos de saúde.

¹ Resolução Normativa nº 483, de 29/03/2022, Art. 5º, seu Parágrafo Único, e Inciso I.

Para situar a intensidade da mudança no papel da ANS após a implantação da NIP, antes, as reclamações feitas no *disque ANS* eram recebidas, cadastradas, se desdobravam em potenciais processos sancionadores, mas os beneficiários de planos de saúde, se precisassem resolver o problema concreto, deveriam promover medidas judiciais. Ou seja, a ANS não funcionava como mediadora da relação entre usuário de plano e as operadoras de planos. Apenas recebia e registrava a reclamação. A quantidade de acessos ao disque ANS era, certamente por isso, muito pouco significativa.

A instituição da NIP se deu em 2008 como projeto piloto, sua primeira regulamentação se deu em 2010², mas só cuidava de demandas assistenciais, sua automatização ocorreu em 2014, e passou a significar a remessa automática das demandas recebidas no Portal da ANS às operadoras de planos para responderem em prazo certo. Nessa ocasião, foram incluídas também as demandas não assistenciais (demandas não relacionadas à cobertura de procedimentos).

A partir desse momento, o perfil de mediação com o instrumento da NIP passou a se sobressair, e os índices de resolatividade ficaram bastante significativos, e chegaram a ultrapassar os 90%.

A resolatividade da NIP, para que fique claro, é a solução da reclamação apresentada. Se dá quando a empresa regulada atende ao que foi reclamado pelo usuário de plano de saúde.

Esse índice de resolatividade, pelo que se tem notícia, no entanto, teve uma queda em 2024, ficando em 76,7%, conforme dados divulgados pela ANS.

O índice de solução de demandas ainda é bastante importante, mas, essa queda deve ser analisada, e, não há como descartar a possibilidade de estar ocorrendo um certo esgotamento da utilização do instrumento da NIP, que pode estar ligado ao aumento substancial do número de demandas recebidas pela ANS ano após ano, tendo sido aproximadamente 240 mil em 2022, de 360 mil em 2023, e de 430 mil em 2024.

Sobre a hipótese de certo esgotamento da NIP, é preciso compreender que um instrumento de mediação dessa natureza se caracteriza como uma oportunidade de ajustar o processo de trabalho da empresa regulada, mas, também, pode ser utilizado como um medidor de controle de custo.

A possibilidade da regulada de atender o que é demandado pelo usuário do plano de saúde apenas o que é recebido como NIP, como hipótese, gera a demanda classificada

² RESOLUÇÃO NORMATIVA (RN) nº 226, de 5 de agosto de 2010

como *RVE*, e, identificada essa situação, passou a fazer parte do que seria necessário ser objeto de monitoramento pela Agência Reguladora, para que essa eventual situação pudesse ser identificada.

Em 2011, com a edição da RN nº 259, 17/06/2011, a ANS instituiu regras definindo prazos máximos de atendimento pelas Operadoras para os diversos procedimentos assistenciais.

Para que se pudesse acompanhar o atendimento pelas operadoras desses prazos, uma vez que eventual desatendimento do prazo não necessariamente pode ser caracterizado como negativa de cobertura (essa sim, pode refletir infração à regulação), foi instituído o monitoramento de garantia assistencial, com a alteração promovida pela RN nº 268, de 01/09/2011, que inseriu a regra que inaugurou o parâmetro de conduta das operadoras a ser monitorado pela ANS, passando a RN 259/2011 a contar com o dispositivo do Art. 12-A, que tinha a seguinte redação.

“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:

I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde; e

II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na RN nº 256, de 18 de maio de 2011.”

Em 2012, foi editada a INSTRUÇÃO NORMATIVA (IN) nº 38, de 24 de maio, que regulamentou o dispositivo acima transcrito para dispor sobre o monitoramento da garantia de atendimento aos beneficiários de planos de saúde. A medida dependia da classificação de cada demanda. Veja os dispositivos definidos na origem do monitoramento.

IN nº 38/2012

Art. 4º Serão acompanhadas e avaliadas as reclamações de beneficiários *motivadas pela não garantia de atendimento*, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 259, de 2011.

“Art. 6º O cálculo do indicador terá como fontes:

I - as reclamações motivadas pela não garantia de atendimento, geradas a partir da vigência da RN nº 259, de 2011, em 19 de dezembro de 2011, e classificadas nos períodos de avaliação; e”

As demandas que entravam no monitoramento, nesse primeiro período, se referiam apenas a descumprimento de prazo de atendimento.

Menos de um ano depois, o objeto do monitoramento foi ampliado passando a ser coberto qualquer demanda assistencial. Veja o dispositivo do Art. 4º da INSTRUÇÃO NORMATIVA (IN) nº 42, de 26 de fevereiro de 2013.

IN nº 42/2013

“Art. 4º Serão objeto de avaliação as demandas de reclamações de beneficiários motivadas pela não garantia de acesso e cobertura necessários e obrigatórios por força da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e de seus regulamentos ou por força de contrato, referentes a prazos máximos de atendimento ou aos demais temas assistenciais, processadas no âmbito da Notificação de Investigação Preliminar - NIP nas seguintes situações:

I - demandas de reclamações referentes a não garantia do prazo de atendimento, desde que:

- a) o consumidor não tenha obtido a garantia de acesso e cobertura; ou
- b) o consumidor tenha obtido a garantia de acesso e cobertura, mas fora do prazo máximo normativo.

II - demandas de reclamações referentes a não garantia de atendimento que não digam respeito ao prazo para atendimento, desde que o consumidor não tenha obtido a garantia de acesso e cobertura.”

A partir disso, o monitoramento passou a se basear em demandas que eram resolvidas no âmbito da NIP, ou que, não resolvidas, eram desdobradas para apuração de infração à regulação. Veja como ficou, então, a redação do mesmo artigo 6º da IN.

“Art. 6º O cálculo do indicador terá como fontes:

I - as demandas de reclamações mencionadas no artigo 4º desta IN, geradas no período de avaliação e classificadas como *Reparação Voluntária e Eficaz - RVE* ou *encaminhadas para* abertura de processo administrativo para *apuração de infração*; e”

Como se verifica, a ANS passou a monitorar esses dois tipos de demandas assistenciais classificadas e que, efetivamente, carregam os indícios de medidas contrárias às regras.

- As classificadas como RVE, presumidamente, refletem descumprimento de regra pela regulada, mas que esta, em oportunidade concedida pelo Administrador, repara a tempo e de maneira eficaz; e
- As classificadas para encaminhar para os núcleos da ANS, porque presentes indícios de infração.

Dessa forma, vê-se que vinha sendo mantida coerência com o tipo de demanda que, efetivamente, deve servir de referência para a finalidade de monitorar qualitativamente, para identificar potencial descumprimento das regras que asseguram a assistência.

Conforme mencionado, a lógica adotada no monitoramento não prescindia da classificação de cada demanda, exatamente para que houvesse a identificação de tendência, mas de uma forma coerente. E, com o acúmulo de demandas que deixam de ser classificadas em tempo adequado a cada ano, por conta do aumento significativo de demandas recebidas pela ANS, passou a ficar claro que alguma medida precisava ser feita para que se pudesse dar conta dessa situação. Afinal, na medida em que se acumulava, a cada ano, um passivo significativo de demandas sem se conseguir classificar em um tempo adequado, o monitoramento promovido pela ANS, certamente, perdeu seu potencial original. O monitoramento não estava mais refletindo tendências consistentes.

A ANS, pelo que se tem notícia, chegou a prever a possibilidade do tratamento das demandas de maneira coletiva, buscando certa semelhança com o que ocorria em outras agências reguladoras (ANEEL e ANATEL), mas, do que se tem de registro, esse projeto não foi adiante. Afinal, o tipo de problema enfrentado em cada setor é muito diferente, sendo a questão assistencial à saúde um ponto delicado, e que, certamente, não viabiliza tratar de forma coletiva demandas tão específicas e individuais.

Não há como deixar de considerar que a ANS vem enfrentando, há algum tempo, desafios para voltar a ter maior impacto em sua atuação, e, sem dúvida, promover ajustes, aprimoramentos, avanços, enfim, se mostra algo necessário. O dinamismo, que é uma

marca da atividade regulatória, por óbvio, exige recursos, mas, também, rigor em critérios técnicos, que dão base a decisões a serem tomadas.

Importante ressaltar que a Agência Reguladora, de forma permanente, busca viabilizar instrumentos para aprimorar sua atuação, e que, se mostra compreensível que algumas medidas adotadas resultem eficazes, e outras nem tanto.

O ponto, então, no que interessa ao que aqui vai tratado, é que a percepção de que o monitoramento assistencial, que se utiliza da base das demandas da NIP, vem perdendo potência não é recente, e isso lança desafios aos reguladores para que esse instrumento possa voltar a atender com eficácia sua finalidade.

COMO VINHA SE BASEANDO O MONITORAMENTO DE GARANTIA ASSISTENCIAL

Até a regulamentação que entrou em vigor em fins de 2024, vinha sendo mantida coerência com o tipo de demanda que, efetivamente, deve servir de referência para a finalidade de monitorar qualitativamente as demandas para identificar potencial descumprimento das regras que asseguram a assistência. Os dispositivos dos normativos editados pela ANS, dão mostras disso.

Em primeiro lugar, destaque para o que se pretende com o monitoramento assistencial. Veja o dispositivo que tem a mesma redação original de 2011, e que consta da Resolução vigente.

RN 566/2022

“Art. 15. 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:

- I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde; e
- II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na Resolução Normativa nº 485, de 29 de março de 2022 e suas alterações posteriores.”

Com a necessidade de detalhar quais demandas serviriam de base para esse monitoramento, a ANS editou Instruções Normativas, que, inicialmente, foi instituído apenas para averiguar cumprimento de prazo de atendimento, definido pela RN 259/2011,

pelas operadoras de planos, e, menos de um ano depois, ampliou o escopo do monitoramento que passou a cobrir toda a questão assistencial.

Desde o início de 2013, regulamentado o dispositivo acima transcrito, como dito, as demandas utilizadas na base de monitoramento eram as classificadas, no âmbito da NIP, como RVE e as que eram direcionadas aos Núcleos por conter indícios de infração.

Veja o que esteve vigente por todo esse período, com pequenas variações apenas de redação.

“Art. 6º O cálculo do indicador terá como fontes:

I - as demandas de reclamações mencionadas no art. 4º, geradas no período de avaliação e classificadas como Reparação Voluntária e Eficaz - RVE ou encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador; e”

Até que, em meados de 2024, conforme antecipado, foi feita a alteração que cria potencial enviesamento, não sendo mais possível se afirmar que as demandas agora eleitas para o monitoramento refletem descumprimento reiterado das regras.

Veja a nova regra vigente.

INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 36, DE 11 DE JULHO DE 2024

“Art. 2º O inciso I do art. 6º. e o art. 17, caput, §2º e § 3º, passam a vigorar com a seguinte redação:

Art. 6º

I - o quantitativo referente a *cinquenta por cento das demandas de reclamações* mencionadas no art. 4º, geradas no período de avaliação e *indicadas como "Não resolvidas" após retorno do beneficiário* para informar sobre a solução da demanda; e”

De se reparar que o regulador se valeu, ainda, do que poderia ser entendido como um *amortecedor*, já que eles passaram a se valer de metade das demandas em que os usuários afirmam que suas reclamações não foram atendidas.

No entanto, esse *amortecedor*, a meu ver, agrava a percepção de desvirtuamento do novo critério definido. É dizer: mexe na quantidade, salvo engano, de forma aleatória, sem atentar para aspectos específicos das demandas. Ao excluir metade das demandas em

que os usuários respondem que não tiveram suas demandas resolvidas, a ANS reafirma que o monitoramento passou a ser um acompanhamento hipotético.

A MUDANÇA DE REFERÊNCIA – POSSÍVEL ERRO AO PASSAR A SE BASEAR EM ELEMENTOS SUBJETIVOS

De uma forma simplificada, porque simples a compreensão, se tem como situação notória que o demandante que se dirige à ANS, assim como o que se vale de medidas judiciais, quer que a sua situação concreta seja resolvida, e, em regra, tem a expectativa de que o atendimento de assistência à saúde seja realizado.

E disso se desdobra que, caso a sua expectativa NÃO seja atendida, a sua reação natural seja a de insatisfação.

Para que se tenha a compreensão de como é vista a manifestação do usuário que reclama junto à ANS após a resposta da Operadora notificada, veja o dispositivo dessa fase dos atos da NIP.

“§ 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.”

Parece evidente que o usuário de plano, em regra, após a resposta apresentada pela operadora notificada, somente tem interesse em entrar em contato com a ANS *se sua demanda não estiver solucionada*.

E, obviamente, *ser ou não solucionada nada* tem a ver com ele ter direito ou não ao que foi demandado.

Ou seja, se o usuário tinha a expectativa de ter garantido o atendimento, e esse foi negado pela Operadora, sua manifestação após a resposta vai ser a de que sua demanda NÃO foi solucionada!

O resultado mais direto dessa mudança é que as reguladas passam a considerar como risco toda e qualquer demanda em que o procedimento não for autorizado.

Pode-se presumir que as reguladas, diante dessa alteração, vão ter que se adaptar a uma nova referência, porque passa a não ser mais relevante se o seu cliente tem ou não direito ao procedimento. Ao menos em relação ao monitoramento.

MONITORAR DESCUMPRIMENTO REITERADO DAS REGRAS – FINALIDADE DA ADMINISTRAÇÃO

A ANS, quando instituiu o monitoramento de garantia assistencial, procurou dar concretude aos efeitos do monitoramento realizado, e, por isso, estabeleceu que o descumprimento reiterado das regras que possa *por em risco a qualidade ou continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários* poderia levar a ANS a aplicar a suspensão da comercialização de produtos da operadora

Mantendo certa coerência, e atendendo a uma finalidade adequada da atuação administrativa, a legitimação da ação da Administração, como já apontado, focava os dois tipos de demandas assistenciais eleitos, porque carregam os indícios de medidas contrárias às regras. Veja-se novamente a descrição das demandas que eram utilizadas no monitoramento até meados de 2024, e a justificativa lógica:

- As classificadas como RVE, que, presumidamente, refletem descumprimento de regra pela regulada, mas que esta, em oportunidade concedida pelo Administrador, repara a tempo e de maneira eficaz; e
- As classificadas para encaminhar para os núcleos da ANS, porque presentes indícios de infração.

Ou seja, a regra da ANS atendia, como se disse, à *finalidade* do Ato da Administração, que é, sobretudo, identificar as reguladas que descumprem os normativos a partir das reclamações recebidas dos usuários de planos de saúde.

De acordo com Vitor Nunes Leal³, a finalidade do Ato Administrativo, que, a rigor, dificilmente se distingue de sua motivação, é atender ao interesse coletivo, que, no caso, como parece claro, é proceder ao monitoramento para identificar as empresas reguladas do setor de planos de saúde que, em sua atuação, e, em determinado período (trimestralmente), deixam de atender ao que estabelecem as regras.

Celso Antônio Bandeira de Mello⁴ afirma que *cada ato administrativo é idôneo para um certo fim; é veículo hábil para atender determinado desiderato, pois exprime uma competência instituída em vista de um dado resultado*.

³ Leal, Vitor Nunes, *PODER DISCRICIONÁRIO E AÇÃO ARBITRÁRIA DA ADMINISTRAÇÃO*. Artigo publicado na *Revista de Direito Administrativo*, vol. 14 (outubro-dezembro, 1948), pág. 53.

⁴ Mello, Celso Antônio Bandeira de, *LEGALIDADE MOTIVO E MOTIVAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO*, Revista de Direito Público, nº 90 – abril-junho de 1989, RT. pp 57 – 69.

E segue esse Doutrinador⁵ afirmando que, *por isso se fala em “desvio de poder” toda vez que um agente público, consciente ou inconscientemente, mal ou bem intencionado, vale-se de uma competência para alcançar finalidade estranha a que lhe é correspondente.*

E citando Laubadere⁶, assevera que *há desvio de poder quando uma autoridade administrativa cumpre um ato de sua competência, mas em vista de um fim diverso daquele para o qual o ato poderia legalmente ser cumprido. (Traité Elémentaire de Droit Administratif, 5^a ed., LGDF, vol. I, 1970, p. 502, n. 894)*

Considerando essa finalidade bem delimitada, que a própria ANS definiu em 2011, não há espaço para inovação como a que foi aprovada pela IN ANS 36, de meados de 2024.

Diferente do que se extrai dos dois tipos de demandas classificadas, e que, efetivamente, serviam de base para o monitoramento, conforme acima descritos, as demandas em que os usuários respondem que não foram solucionadas, depois da resposta da Operadora de plano, não, necessariamente, refletem o descumprimento de regras.

É dizer: a ANS, ao se utilizar da base de dados com a alteração realizada, poderia, se entender oportuno, instituir pesquisa de satisfação, por exemplo, que não apresentaria qualquer problema! Seria um indicador a mais, e, ao que parece, se basearia em dados com esse perfil.

No entanto, essa mesma base de dados extraída de 50% das demandas em que o usuário afirma que sua reclamação não foi solucionada, como já demonstrado, não pode servir para atender à finalidade do monitoramento instituído em 2011 com a RN 259/2011, atualmente regulamentado pela RN 566/2022.

Uma alteração, como a que foi implantada em meados de 2024, como se percebe, não visa aprimorar o monitoramento, o que sempre deve ser perseguido pela Regulação. Visa, conforme descrição de comentários que se teve acesso, aumentar a base de demandas a serem utilizadas, sem precisar contar com a análise de cada demanda, o que, segundo foi divulgado, vem se inviabilizando, dada as dificuldades com pessoal e infraestrutura disponíveis.

Segundo consta da manifestação do Órgão de Direção da ANS, em deliberação realizada na 608^a Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada de meados de 2024, no item

⁵ Idem.

⁶ Idem.

da Diretoria de Produtos (DIPRO), segundo transcrição da reunião disponibilizada pelo Escritório *M3BS Advogados* em seu SITE⁷, teria sido recomendado pela auditoria interna da ANS que fosse realizado estudo do quantitativo de reclamações utilizado no monitoramento. E, por isso, segundo consta, teria sido notado aumento expressivo das demandas assistenciais recebidas pela ANS, mas sem aumento proporcional da capacidade para análise, que refletiu distanciamento entre a data da demanda analisada e a data da demanda no período do monitoramento. Segundo consta na transcrição, a auditoria interna vislumbrou que se se mantivesse o monitoramento com as regras então aplicadas – em cima das demandas classificadas como núcleo e RVE – se teria uma visão parcial e fragmentada do comportamento do mercado, com baixa efetividade na execução da finalidade do monitoramento. Segundo a manifestação pelo Órgão de direção da Reguladora, a auditoria interna recomendou revisar o indicador do monitoramento de garantia de atendimento, com a redução do quantitativo de demandas RVE e núcleo.

O problema é que, como se percebe, para procurar resolver problemas de estrutura de trabalho, que, presume-se, estaria impedindo que fosse realizado aumento da base de demandas, foi promovida alteração que, como apontado, passa a desconsiderar como critério a identificação de demandas que apresentam indícios de infração.

E isso, por si só, como parece lógico, desconsidera a finalidade do monitoramento a que se presta: identificar reguladas que, em determinado período, descumprem reiteradamente as regras do setor, para que, se for o caso, afastar, temporariamente, o risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários. Para isso, se servem da medida de suspensão temporária de comercialização.

Ou seja, há um direcionamento bem estabelecido para que a ANS aplique a medida de restrição. Não pode ser considerado, portanto, regular o desvirtuamento da característica da demanda que será utilizada no indicador, porque não se trata de espaço de liberdade para a Administração atuar, como divulgado, por problemas circunstanciais de estrutura de trabalho. Como afirma Bandeira de Mello⁸, cabe atuar sempre de modo que torne possível o alcance perfeito do desiderato normativo. Ou seja, para verificar se o ato administrativo se conteve dentro do campo em que realmente havia discricionariedade, isto é, no interior da esfera de opções legítimas, é preciso atentar para o caso concreto.

⁷ Acesso em 08/06/2025: <https://m3bs.com.br/ans-altera-a-norma-que-disciplina-a-avaliacao-da-garantia-do-atendimento-das-operadoras/>

⁸ MELLO, Celso Antônio Bandeira de, Idem.

Bandeira de Mello afirma de forma precisa⁹ que a esfera de decisão legítima compreende apenas e tão somente o campo dentro do qual ninguém pode dizer com indisputável objetividade qual é a providência ótima, pois mais de uma seria igualmente defensável. Fora daí não há discricção.

TRATAMENTO AUTOMATIZADO

Por fim, mas apenas a título de exemplo, porque entendo que não caberia aqui formular detalhadamente medidas alternativas à adotada pela ANS, exatamente porque não conheço em detalhes as limitações pelas quais passa a Autarquia, mas, de uma forma geral, penso que as demandas recebidas pela ANS como NIP podem ser potencializadas em diversos monitoramentos, e, ainda mais, se valendo de informações prestadas pela própria regulada ao responder cada NIP recebida.

Apenas para ilustrar, atualmente, ao responder uma NIP, a regulada é instada a classificar cada arquivo que é colocado no PORTAL da ANS. Assim, além da resposta à Notificação recebida, são necessários subir arquivos que demonstram o vínculo com o usuário do plano, e/ou justificam a resposta dada, ou, ainda, comprovam o atendimento – a resolução – do que foi reclamado.

Ocorre que, nesse ponto específico, pelo que se percebe, essa necessidade de classificar os arquivos que são colocados no Portal da ANS, que pode ter sido instituído para agilizar a análise da demanda, ou algo nessa linha, acabou por se transformar em algo burocrático, porque, a par de se ter uma lista de possibilidades de classificação, consta um genérico “outros”, que, por se ter, em alguns casos, dificuldade de se classificar, acaba sendo, certamente, o que mais se recorre. Assim, ao subir a resposta, as reguladas acabam por se valer, em grande parte das classificações, do “outros”, ou porque as alternativas, para alguns casos, pouco claras, ou porque (e principalmente), a utilização dessa classificação genérica não traz qualquer efeito.

Ou seja, a ANS instituiu um requisito para que a resposta à NIP seja efetivada – classificar cada arquivo que é colocado no PORTAL – mas, pela forma como se deu, acabou virando um entrave burocrático, que, certamente, não auxilia em nada a análise de cada demanda.

O que chamo a atenção é que o aprimoramento de medidas regulatórias, com os avanços

⁹ Mello, Celso Antônio Bandeira de, Idem.

já alcançados pelo tempo de sua existência, requer medidas sofisticadas. A utilização de tecnologias como a IA no auxílio da classificação das NIPs, é um caminho, certamente, inevitável. Como descrito, a prestação de informação pela regulada ao responder uma NIP, além do que consta na Resposta prestada e arquivos que a acompanham, deve ter um potencial ainda não explorado.

CONCLUSÃO

Parece bastante claro que a alteração promovida pelo Regulador, que, conforme notícia publicada em seu SITE nesses dias, já resultou na divulgação de dados levantados nas demandas não solucionadas, conforme manifestação dos usuários, provavelmente irá dar celeridade no fechamento do levantamento das demandas eleitas para a base de avaliação. Contudo, conforme apontado acima, essas demandas utilizadas, de acordo com o normativo de 2024, definitivamente, NÃO refletem o que o monitoramento pretende. Porque há grande possibilidade de enviesamento.

Insista-se nisso: a opção do Regulador não atingiu a finalidade de aprimorar o monitoramento. Pode ter dado celeridade, mas disso não se pode afirmar eficiência, porque, ao que se pretende, a seleção de demandas com o novo critério não se presta a avaliar a postura das reguladas em razão do descumprimento reiterado das regras, que é finalidade estabelecida desde 2011.

Em cima do que vai apontado, me parece que o Ato que alterou a referência das demandas que passam a fazer parte do indicador de monitoramento de garantia assistencial não é regular, porque não atende à finalidade a que se presta. Ou, no que Vitor Nunes Leal assevera, falta-lhe a motivação adequada.