

PAUTA

85ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

Data: 10/12/2015

Horário: Das 13h às 17h

Local: Centro de Convenções Bolsa do Rio

Endereço: Praça XV de Novembro, nº 20 – Salão Nobre, Térreo – Centro

1. Abertura – 13 h

2. Informes – 13h15

2.1. Novas Resoluções Normativas;

2.2. Agenda Regulatória da ANS 2016/2018;

2.3. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

2.4. Aplicativo ANS;

2.5. Seminário de Gestão do Conhecimento ANS/OPAS – Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar; e

2.6. Proposta de Calendário de Reuniões da CAMSS para 2016.

3. Apresentações e Debates – 14h

3.1. Estudo sobre vazios assistenciais;

3.2. Vigitel da Saúde Suplementar;

3.3. D-TISS;

3.4. Novas ações de transparência das informações na saúde suplementar;

3.5. RN do Fator de Qualidade;

3.6. Atualização das normas econômico-financeiras; e

3.7. Proposta apresentada por entidade participante da CAMSS, aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS: “Desafios das pequenas operadoras na Saúde Suplementar” (Unimed do Brasil).

4. Encerramento – 17h

- **Principais Atos Publicados**

RN nº 386, de 13 de outubro 2015, que dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências.

O Programa de Qualificação de Operadoras 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, que é expressa pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora – IDSS, que por sua vez 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 qualificação das operadoras avaliará, por competência anual, o desempenho das operadoras com registro ativo junto a ANS que operaram planos próprios médico-hospitalares, médico-hospitalares com odontologia ou exclusivamente odontológicos, nos doze meses do ano avaliado.

Os resultados preliminares da avaliação de desempenho da operadora no Programa de Qualificação das Operadoras, com todas as informações necessárias à sua verificação, serão previamente disponibilizados pela ANS à própria operadora, para que esta formule os questionamentos que entender pertinentes à ANS.

Os resultados do Programa de Qualificação das Operadoras serão utilizados para priorizar ações da ANS que potencializem o trabalho integrado de análise e monitoramento do setor, auxiliando as operadoras avaliadas a implementar estratégias de qualificação das suas ações.

RN nº 387, de 29 de outubro 2015, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e dá outras providências.

A partir de janeiro de 2016, os beneficiários de planos de saúde individuais e coletivos terão direito a mais 21 procedimentos, incluindo exames laboratoriais, além de mais um medicamento oral para tratamento de câncer em casa e ampliação do número de consultas com fonoaudiólogo, nutricionistas, fisioterapeutas e psicoterapeutas.

RN nº 388, de 25 de novembro de 2015, que dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.

Esta resolução entrará em vigor em 15 de fevereiro de 2016 e descreve todos os atos de fiscalização que podem ser realizados no curso do processo administrativo instaurado em face de uma operadora de plano privado de assistência à saúde por indício de descumprimento das normas em vigor.

RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, revoga a

Resolução Normativa nº 360 de 3 de dezembro de 2014, e o parágrafo único do art. 5º, da RN nº 190 de 30 de abril de 2009, e dá outras providências.

Esta Resolução dispõe quais as informações devem obrigatoriamente serem disponibilizadas aos beneficiários titulares e dependentes, às pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde e às administradoras de benefícios, em área específica e restrita no portal da operadora na Internet.

Cria o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, que deverá conter dados cadastrais do beneficiário, da pessoa jurídica contratante (se for o caso), de seu produto, de seu contrato e da operadora, além de informações referentes a cobertura, carências, DLP e tipo de contratação.

Cria o Componente Utilização dos Serviços do PIN-SS, que deverá conter os eventos reconhecidos pela operadora, independente da ocorrência de glosa de valor, considerando-se todos os eventos realizados na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora da rede, quando houver cobertura para reembolso.

Dispõe ainda que as operadoras são obrigadas a dar ciência aos seus beneficiários, titulares e dependentes, do número do Cartão Nacional de Saúde - CNS, conforme disposto na Portaria Ministério da Saúde nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde.

Por fim, determina que o primeiro PIN-SS, contendo as informações do componente Utilização dos Serviços, deverá ser disponibilizado pelas operadoras até o último dia útil do mês de agosto de 2016, contemplando as informações referentes ao primeiro semestre de 2016.

RN nº 390, de 03 de dezembro de 2015, que altera os Anexos da Resolução Normativa 290, de 27 de fevereiro de 2012 que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde e revoga o parágrafo 3º do artigo 3º da Resolução Normativa 173, de 10 de julho de 2008 que Dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS.

A Norma projetada altera o capítulo denominado “Manual para Registro Contábil das Operações do Mercado de Saúde”, no qual estão detalhadas as operações mais usuais do mercado, contendo exemplos práticos e um arcabouço conceitual, para incluir mais operações e detalhar algumas operações já existentes nas quais o mercado apresentou dúvidas. Os principais pontos alterados no Manual são:

a) Inclusão da previsão legal sobre a não suspensão ou rescisão unilateral do contrato, considerando a exceção por fraude ou não pagamento por 60 dias consecutivos ou não no prazo de 12 meses, no Registro da Provisão de Riscos sobre Créditos.

b) Inclusão da previsão, no Fato gerador da despesa com eventos, o tratamento do custo de ociosidade.

c) Inclusão da segregação de eventos em pagamento por procedimento e outras formas de pagamento, com orientação de como alocar esses eventos.

d) Inclusão da possibilidade da operadora também funcionar como autogestão por RH, incluindo a obrigatoriedade de registrar o produto específico na ANS, para que possa registrar as despesas com eventos dos funcionários como despesas administrativas.

e) No Registro de Eventos/Sinistros foi incluída a operação de Ressarcimento ao SUS, conforme o previsto na IN 5 conjunta DIOPE/DIDES, contendo

exemplo das contas envolvidas na operação, considerando inclusive novas contas como Parcelamento e Ação Judicial com Depósito Judicial na Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar e a conta de reversão de Sus no grupo de Despesas com Eventos.

Nas Normas Gerais – Anexo I da Norma Contábil, as alterações foram as seguintes:

- a) Foi padronizado o sétimo dígito da codificação do plano de contas segregando: “0” operadoras/seguradoras em geral, “1” atos cooperativos principais, “2” atos cooperativos auxiliares e “7” atos não cooperativos.
- b) Foi incluída a previsão quanto ao mercado regulado pela ANS atender ao previsto na Lei 6.404/76, no que não contrariar as normas próprias, mesmo para as operadoras que possuem forma jurídica diferente de sociedades anônimas.
- c) Foram criadas as informações mínimas exigidas nos registros auxiliares da contabilidade em relação a Registros De Contratos e Contraprestações/Prêmios Emitidos, Recebidos, Cancelados segregados por tipo de contratação (Individual/Familiar, Coletivo por Adesão, Coletivo Empresarial) e em relação a Registros de Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados e sua movimentação financeira segregados por tipo de contratação (Individual/Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial).
- d) No item 8.5.1 foi detalhada melhor as despesas que podem ser reconhecidas como Promoprev, para fins de acréscimo ao PMA, destacando a necessidade de observar ao previsto na IN DIOPE/DIPRO 007/2012.
- e) No item 9.1.1 foi criada a obrigatoriedade da divulgação em notas explicativas, pelo menos das informações sobre: Receitas de Contraprestação, Despesas com eventos (consultas médicas, outros atendimentos ambulatoriais, exames, terapias, internações, demais despesas médico-hospitalares e procedimentos odontológicos) e Despesas com Comercialização, segregadas por contratos (individual/familiar, coletivos por adesão, coletivos empresariais).
- f) Para as operadoras/seguradoras de grande porte, considerando para essa classificação a quantidade superior a 100.000 beneficiários na data do encerramento do exercício social imediatamente anterior, serão obrigadas a divulgarem, quando atenderem ao previsto no CPC 36, as Demonstrações Consolidadas – CPC e quando atenderem ao previsto no CPC 44, as Demonstrações Combinadas.
- g) Foram referendados também o CPC 45 – Divulgação em Outras Entidades e o CPC 46 – Mensuração do Valor Justo.

RN nº 391, de 04 de dezembro de 2015, que altera a Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.

A norma define que o índice de reajuste definido pela ANS, a que alude o § 4º do art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluído pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, é o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.

Além disso define o prazo, contado a partir de sua vigência, de 1 (um) ano para entidades hospitalares e 2 (dois) anos para os profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros estabelecimentos de saúde, para o início da aplicação do Fator de Qualidade.

- **Proposta de Calendário de Reuniões da CAMSS em 2016**

REUNIÃO	MÊS	DIA	DIA DA SEMANA	LOCAL
86ª CAMSS	MARÇO	31	QUINTA-FEIRA	RJ
87ª CAMSS	SETEMBRO	22	QUINTA-FEIRA	RJ
88ª CAMSS	DEZEMBRO	08	QUINTA-FEIRA	RJ

Observações:

- **Olimpíadas:** de 05 a 21 de agosto de 2016
- **Paraolimpíadas:** de 07 a 18 de setembro de 2016