

PAUTA

87ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

Data: 22/09/2016

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. Resoluções Normativas publicadas desde a última reunião da CAMSS;
- 2.2. Agenda Regulatória (Acompanhamento);
- 2.3. Prorrogação do prazo de adequação à Resolução CMN 4.444/15;
- 2.4. Monitoramento da Garantia de Atendimento;
- 2.5. Projeto Idoso Bem Cuidado;
- 2.6. Venda *on line* de planos de saúde e mecanismos de regulação;
- 2.7. Eventos e grupos de Trabalho da DIPRO; e
- 2.8. Ações realizadas junto aos órgãos de defesa do consumidor e CNJ.

3. Apresentações e Debates – 15h

- 3.1. Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; e
- 3.2. Resultados do Grupo de Trabalho de OPME.

4. Encerramento – 17h

- **Normativos Publicados**

RN nº 404, de 13 de abril de 2016, que Altera a Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e dá outras providências; e a RN nº 198, de 16 de junho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.

RN nº 405, de 10 de maio de 2016, que Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Esta Resolução será objeto de apresentação.

RN nº 406, de 01 de junho de 2016, que altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.

RN nº 407, de 06 de junho de 2016, que altera a Resolução Normativa - RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo vírus Zika.

RN nº 408, de 07 de junho de 2016, que estabelece os procedimentos para que o interessado obtenha vistas e cópias de documentos e de processos administrativos, certidões para a defesa de direitos e esclarecimentos de situações, bem como dispõe sobre as regras, critérios e procedimentos a serem observados para a realização de reunião com o particular, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e altera a RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que instituiu o Regimento Interno da ANS.

RN nº 409, de 25 de julho de 2016, que altera o anexo da Resolução Normativa Nº 398, de 05 de fevereiro de 2016, a qual dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos entregarem a Nota de Orientação à Gestante.

RN nº 410, de 19 de agosto de 2016, que dispõe sobre a prorrogação do prazo de aplicação da Resolução nº 4.444, de 13 de novembro de 2015, do Conselho Monetário Nacional – CMN, no setor de saúde suplementar, conforme possibilidade prevista no § 2º do artigo 25 da Resolução Normativa – RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe, em especial, sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar.

MATÉRIAS EM DESTAQUE

ANS suspende comercialização de planos de saúde

Publicado em: 02/09/2016

A partir de 9 de setembro, 23 planos de saúde de oito operadoras terão comercialização suspensa em função de reclamações relativas à cobertura assistencial, como negativas e demora no atendimento.

A medida faz parte do monitoramento periódico realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelo Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento. Se melhorarem o serviço prestado e tiverem redução do número de reclamações, as operadoras poderão ter a comercialização liberada no próximo ciclo, daqui a três meses.

“Trata-se de um mecanismo que gera efetividade no mercado, uma vez que tem como foco a melhoria dos serviços prestados aos consumidores. As operadoras que conseguirem perceber este monitoramento como uma oportunidade de revisão de seus processos internos podem obter mudanças bastante positivas. Do ponto de vista do beneficiário, ter acesso a tudo que contratou, com qualidade e em tempo oportuno, é o desejado, e o monitoramento possui exatamente este objetivo, além de conferir transparência e a ampliar a capacidade de escolha no ato da aquisição do plano de saúde”, destaca a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos, Karla Santa Cruz Coelho.

Informações detalhadas por operadora e por faixa de classificação

Desde a divulgação do último ciclo (1º tri/16), os beneficiários também podem consultar informações do programa de monitoramento por operadora, conferindo o histórico das empresas e verificando, em cada ciclo, se ela teve planos suspensos ou reativados. Os dados estão disponíveis desde o 4º trimestre de 2015, quando teve início a nova metodologia do programa, introduzida pela Instrução Normativa nº 48/2015.

Para dar mais transparência e possibilitar a comparação pelos consumidores, a ANS disponibiliza ainda um panorama geral com a situação de todas as operadoras, com a classificação das empresas nas quatro faixas existentes (que vão de 0 a 3).

Resultados do 2º Trimestre de 2016

No período de 01/04 a 30/06/2016, a ANS recebeu 13.571 reclamações em seus canais de atendimento. Desse total, 11.445 queixas foram consideradas para análise pelo programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento. São excluídas as reclamações de operadoras que estão em portabilidade de carências, liquidação extrajudicial ou em processo de alienação de carteira, que já não podiam mais ser comercializados porque as empresas estão em processo de saída ordenada do mercado. No universo avaliado, 92,1% das queixas foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), o que garantiu a solução do problema a esses consumidores com agilidade.

Os planos de saúde suspensos possuem, juntos, cerca de 167 mil beneficiários. Estes clientes continuam a ter a assistência regular a que têm direito, ficando protegidos com a medida, uma vez que as operadoras terão que resolver os problemas assistenciais para que possam receber novos beneficiários.

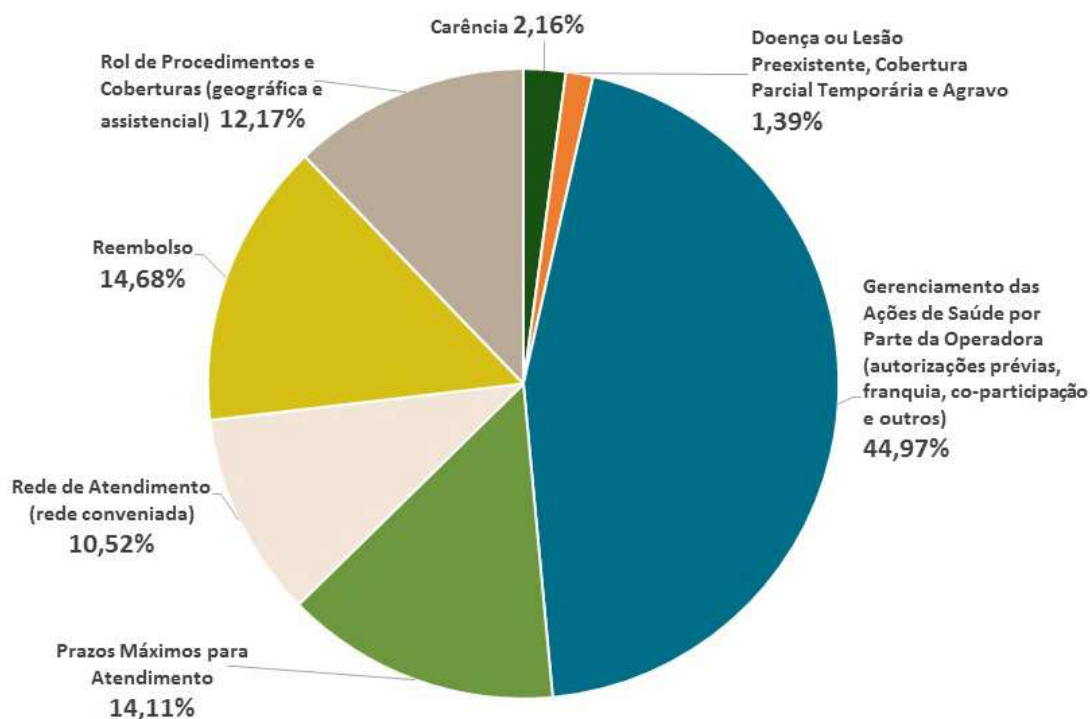
Das 8 operadoras com planos suspensos neste ciclo, 2 já tinham planos em suspensão no período anterior e 6 não constavam na última lista de suspensões. Paralelamente à suspensão, 8 operadoras poderão voltar a comercializar 34 produtos que estavam impedidos de serem vendidos. Isso acontece quando há comprovada melhoria no atendimento aos beneficiários. Das 8 operadoras, 6 foram liberadas para voltar a comercializar todos os produtos que estavam suspensos e 2 tiveram reativação parcial.

A medida é preventiva e perdura até a divulgação do próximo ciclo. Além de terem a comercialização suspensa, as operadoras que negaram indevidamente cobertura podem receber multa que varia de R\$ 80 mil a R\$ 250 mil.

Resultados do Programa de Monitoramento - 2º trimestre de 2016

- 08 operadoras com planos suspensos
- 23 planos com comercialização suspensa
- 167 mil consumidores protegidos
- 34 planos reativados
- 6 operadoras com reativação total de planos (29 produtos)
- 2 operadoras com reativação parcial de planos (5 produtos)

Perfil de reclamações no período analisado (em %)



ANS detalha critérios de seleção de operadoras que serão objeto do segundo ciclo da Intervenção Fiscalizatória

Publicado em: 16/08/2016

A Diretoria de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) elaborou nota técnica em que detalha os critérios que serão utilizados para a seleção das operadoras que irão compor o Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória a ser executado no segundo ciclo de fiscalização. A medida atende o disposto no artigo 49 da Resolução Normativa nº 388/2015 e nos artigos 13 e 14 da Instrução Normativa nº 13/2016.

A nota técnica estabelece o Indicador de Fiscalização como principal critério de seleção. Esse índice corresponde à média ponderada das demandas processadas através do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) classificadas como resolvidas pelo reconhecimento da reparação voluntária e eficaz (RVE) e não resolvidas, registradas durante o ciclo de fiscalização.

Além do Indicador de Fiscalização, também serão objeto da Intervenção Fiscalizatória as operadoras de cada modalidade que mais receberam reclamações durante o primeiro ciclo de fiscalização. Ao todo, 17 operadoras serão selecionadas, sendo dez pelo critério do Indicador de Fiscalização e outras sete segundo a análise do número absoluto de demandas recepcionadas.

Ações fiscalizatórias - A Intervenção Fiscalizatória é o conjunto de ações a serem executadas pelos agentes designados para a realização das operações fiscalizatórias, conforme definido pela RN nº 388. A cada ciclo - que corresponde ao período de seis meses de acompanhamento de todas as demandas processadas no procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) -, uma lista de operadoras, definidas a partir de critérios definidos pela ANS, serão fiscalizadas.

O primeiro ciclo iniciou-se com a entrada em vigor da RN nº 388; os demais serão sucessivos e subsequentes, com cortes temporais semestrais. As operadoras objeto de Intervenção Fiscalizatória que, ao final do 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 de medidas sancionadoras, conforme previsto no artigo 53 da RN nº 388.

Nota - O indicador de fiscalização é calculado levando-se em consideração apenas as operadoras que tiverem demandas classificadas como resolvidas por Reparação Voluntária e Eficaz - RVE e/ou Não Resolvidas durante o ciclo de fiscalização transcorrido entre os dias 15/02/2016 e 14/08/2016. Igualmente, o indicador de fiscalização somente é calculado para operadoras que possuam beneficiários informados no Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS. Dessa forma, apenas operadoras que se enquadrem nestes requisitos receberão sua nota no indicador através do site da ANS via aplicativo PTA.

Transparência da Informação

Publicado em: 29/07/2016

Desde agosto, os beneficiários de planos de saúde podem conferir todas as informações sobre os atendimentos realizados pelo plano no primeiro semestre de 2016. A determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) obriga as operadoras a disponibilizarem ao consumidor o registro das consultas, exames e internações, bem como o valor de cada uma delas. As pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde também passam a ter uma área específica que agrupará informações antecipadas sobre o cálculo do reajuste a ser aplicado pelas operadoras nos contratos coletivos empresariais e por adesão. Essas obrigações estão previstas na Resolução Normativa nº 389.

Com relação ao beneficiário, desde janeiro de 2016, as operadoras já estavam obrigadas a publicar suas informações cadastrais acessíveis por meio de login e senha. A principal novidade é justamente contar com o acesso à relação individualizada dos procedimentos realizados na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora da rede (quando houver cobertura para reembolso). Deve constar a data de realização do procedimento, dados de identificação do prestador e valor global das despesas, que virão categorizadas segundo a natureza do procedimento: consultas, exames, terapias e internações.

Essas informações devem ser atualizadas semestralmente, e todo o histórico da utilização dos serviços ficará disponível durante a vigência do contrato.

Para a pessoa jurídica, o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar, PIN-SS, deve ainda incluir os critérios técnicos adotados para o reajuste e a definição dos parâmetros e variáveis utilizados no cálculo; a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual e o período a que se refere; e um canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas sobre o extrato. O beneficiário do plano coletivo também poderá ter acesso ao extrato. Para isso, devem solicitar formalmente à operadora ou à administradora de benefícios, que terão prazo máximo de 10 dias para atender ao pedido.

Publicada em novembro de 2015, a Resolução Normativa nº 389 incorpora contribuições feitas pelos diversos segmentos do mercado, amplamente discutidas pela reguladora, e faz parte do esforço da ANS para reduzir a assimetria de informação e assegurar e facilitar o acesso a informações qualificadas sobre o setor.

"A criação da Área do Beneficiário pelas operadoras, irá ampliar a transparência da informação e garantir aos consumidores de planos de saúde dados relevantes e que possibilitem acompanhar a utilização de procedimentos feitos ao longo de sua permanência na operadora", explica Martha Oliveira, diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS. Já as empresas poderão saber, com no mínimo 30 dias de antecedência, a fórmula do reajuste na mensalidade do plano.



RN 389 - Conheça as novas regras

Informações para os beneficiários e para as empresas contratantes de planos de saúde



Área do Beneficiário
(Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS)

?

O que é:
Espaço exclusivo no portal das operadoras com informações para todos os beneficiários de planos de saúde. O acesso será restrito ao beneficiário, titular ou dependente, e os dados só poderão ser visualizados com o uso de **login** e **senha**.

O que deve conter:
Informações cadastrais: Relação mínima de dados do beneficiário, do plano contratado e da operadora, como nome, data de nascimento, número do contrato, data de contratação do plano e prazo máximo previsto para carências.
Informações sobre utilização do plano: Histórico de todos os procedimentos – consultas, exames, terapias e internações – realizados pelo beneficiário na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora da rede (quando houver cobertura para reembolso), com data de realização e valor correspondente.



Área da Pessoa Jurídica Contratante

?

O que é:
Espaço exclusivo para empresas contendo um extrato detalhado do **cálculo do percentual de reajuste** aplicado aos planos coletivos empresariais e por adesão.

O que deve conter:
Critério técnico adotado para o reajuste do plano e definição dos parâmetros e variáveis utilizados no cálculo
Demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual e o período a que se refere
Canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas sobre o extrato.

Sigilo - O acesso ao Portal de Informações será dado exclusivamente aos beneficiários, titulares ou dependentes do plano e a disponibilização das informações deve respeitar as

regras de sigilo, privacidade e confidencialidade. Todos os dados de que trata a Resolução Normativa poderão ser solicitados formalmente, em formato impresso, para as operadoras, que deverão providenciar em, no máximo, 30 dias.

As operadoras que não disponibilizarem as duas áreas em seu portal na internet ou se negarem a fornecer dados previstos na normativa estão sujeitas a advertência e multa de R\$ 25 mil, de acordo com o Artigo 74 da Resolução Normativa nº 124/2006

Ouvidoria da ANS divulga Relatório Estatístico e Analítico 2016

Publicado em: 11/07/2016

A Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias das operadoras de planos de saúde relativo a 2016, Ano Base 2015. O estudo apresenta os principais temas reclamados pelos beneficiários da saúde suplementar, bem como suas principais manifestações sobre rede credenciada e cobertura assistencial, entre outros temas. O levantamento anual passou a ser obrigatório com a Resolução Normativa nº 323/2013 da ANS, que determinou às operadoras a criação compulsória de estruturas de Ouvidoria vinculadas à entidade reguladora.

Todas as operadoras com registro ativo na ANS tiveram que apresentar os seus dados apurados entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2015.

O Relatório engloba 1.111 Ouvidorias de operadoras. Desse total, 744 tiveram relato de recebimento de manifestações em 2015. Juntas, elas contabilizaram 508.141 manifestações de seus 66.7 milhões de beneficiários, resultando em uma Taxa de Demandas de Ouvidoria (TDO) de 7,6 – o que significa que esse conjunto de Ouvidorias recebeu 7,6 demandas para cada grupo de 1.000 beneficiários.

Odontologia de Grupo e Autogestão são as modalidades de operadora de saúde com TDO maior que o geral, 11,8 e 8,1, respectivamente; seguidas por aquelas com TDO menor: Medicina de Grupo (6,7), Cooperativa Médica (6,6), Filantropia (6,4), Cooperativa Odontológica (3,7) e Seguradora (1,1).

Análise das reclamações dos beneficiários de planos de saúde em 2015

Segundo o tema

A análise do universo das reclamações recebidas pelas ouvidorias demonstrou que 39% delas referem-se à rede prestadora, 25% à cobertura assistencial, 14% a questões administrativas, 13% a assuntos financeiros e 9% ao Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC). O tema Rede prestadora refere-se a rede credenciada, marcação, agendamento e credenciamento de rede; assuntos de cobertura assistencial se referem aos procedimentos de saúde, autorização, negativa de cobertura e/ou atendimento; questões administrativas dizem respeito a relação comercial, corretores, contrato e cancelamento de planos; enquanto temas financeiros estão relacionados a reajuste, boletos, cobranças e reembolso.

Apesar de rede prestadora ser o tema mais frequente das reclamações, entre as operadoras das modalidades Administradora, Cooperativa Médica e Seguradora predominaram temas administrativos (57,2%), cobertura assistencial (36,4%) e financeiros (38,9%), respectivamente.

Segundo o tipo de contrato do beneficiário

Pelo Relatório, observa-se que os reclamantes mais frequentes possuem contrato do tipo Coletivo Empresarial, Individual/Familiar e Coletivo por Adesão, 36%, 31% e 29%, respectivamente. As Administradoras apresentam predomínio de reclamações oriundas de plano Coletivo por Adesão (99,6%); as Seguradoras e Autogestões, com 62,5% e 87,8%, de plano Coletivo Empresarial; e as Filantropias, 63%, de plano Individual/Familiar.

Análise das manifestações dos beneficiários de planos de saúde em 2015

Segundo o tema

O tema mais frequente entre as manifestações de beneficiários de planos de saúde em 2015 foi prestação do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), com aproximadamente 24% das demandas; seguido de rede prestadora (22,9%), cobertura assistencial (17,1%), administrativo (19,5%) e financeiro (16,1%).

Rede prestadora (rede credenciada, marcação, agendamento e descredenciamento de rede) foi o tema mais frequente entre as operadoras das modalidades Autogestão (43,7%) e Filantropia (35,7). Cobertura assistencial (procedimentos de saúde, autorização, negativa de cobertura e/ou atendimento) foi mais frequente apenas nas Cooperativas Médicas (29,5%).

As Administradoras e Seguradoras se diferem das outras modalidades, com maior prevalência para assuntos administrativos (54,9%) e financeiros (39,3%), respectivamente. Assuntos administrativos referem-se à relação comercial, corretores, contrato e cancelamento de plano; e financeiros, a reajuste, boletos, cobranças e reembolso.

Segundo o tipo

Em relação ao tipo de manifestação dos beneficiários, consulta por esclarecimentos gerais foi o tipo mais frequente, com aproximadamente 50% das demandas, seguida pelas manifestações de reclamação (45%), elogio (2,8%), sugestão (1,5%) e denúncia (0,5%). Apesar de consulta ser o tipo mais frequente, entre as operadoras das modalidades Administradora, Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia e Seguradora prevaleceram reclamações (92,1%, 73,4%, 52%, 69,3% e 99%, respectivamente).

Nessa análise o que mais chama a atenção é o fato de 99% das demandas das Seguradoras serem do tipo reclamação. Considera-se reclamação as manifestações de desagrado e protesto sobre o serviço prestado pela operadora, suas áreas e/ou prestadores.

Cobertura obrigatória para exames de detecção do vírus zika

Publicado em: 01/07/2016

Três exames para detecção de vírus zika passam a ter cobertura obrigatória pelos planos de saúde a partir desta quarta-feira (06). Os exames estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) são o PCR (Polymerase Chain Reaction), indicado para a detecção do vírus nos primeiros dias da doença; o teste sorológico IgM, que identifica anticorpos na corrente sanguínea; e o IgG para verificar se a pessoa já teve contato com zika em algum momento da vida.

Os exames deverão ser assegurados para gestantes, bebês filhos de mães com diagnóstico de infecção pelo vírus, bem como aos recém-nascidos com malformação congênita sugestivas de infecção pelo zika, devido à sua associação com o risco de microcefalia nas crianças, quando o cérebro delas não se desenvolve de maneira adequada.

“A incorporação de exames diagnósticos para zika foi amplamente discutida por técnicos e especialistas visando a melhoria do atendimento a gestantes e recém-nascidos no Brasil”, afirma a diretora de Normas e Habilitação de Produtos (Dipro), Karla Santa Cruz Coelho. “Mas é importante ressaltar que diversos procedimentos destinados ao acompanhamento de gestantes e bebês já têm cobertura assegurada nos planos de saúde. Portanto, essa medida assegura o diagnóstico mais preciso, melhorando a qualidade na atenção às mães e seus bebês”, afirma a diretora.

Karla Coelho também destaca que a incorporação dos testes laboratoriais ocorreu de forma extraordinária, com a revisão pela ANS do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, por se tratar de uma emergência em saúde pública decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). “Portanto, essa é mais uma das ações da Agência no enfrentamento da atual situação, além do acompanhando atento das diretrizes do Ministério da Saúde para prevenção e o combate ao vírus zika e as demais doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*”, completa a diretora.

A determinação para a incorporação extraordinária dos testes foi estabelecida pela [Resolução Normativa nº 407](#), publicada no Diário Oficial da União (D.O.U), no dia 06 de junho deste ano. A partir da data de publicação da resolução, as operadoras de planos de saúde tiveram 30 dias para se adequar à nova regra.

GRUPO TÉCNICO – A incorporação extraordinária dos exames para diagnóstico de zika foi aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS. O processo foi realizado com o apoio de um grupo técnico criado especificamente para essa finalidade, coordenado pela Gerência-Geral de Regulação Assistencial da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (Dipro), e contou com a participação dos principais atores da saúde suplementar. Importante ressaltar que a incorporação está alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) norte-americano.

A discussão e definição da proposta de inclusão dos testes contou com a participação do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (Proteste), Associação

Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab), Associação Nacional dos Participantes de Fundos de Pensão (Anapar), Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH), Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Autogestão em Saúde (Unidas), Confederação Nacional de Saúde (CNS), Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC), Federação das sociedades de ginecologia (Febrasgo), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial (SBPC/ML), Unimed Brasil (representante institucional do sistema Unimed) e União Geral dos Trabalhadores (UGT).

EXAMES APROVADOS E SUAS RECOMENDAÇÕES:

- o **PCR:** recomendado para gestantes sintomáticas (somente até cinco dias após o surgimento dos primeiros sinais da doença).
- o **IgM:** recomendado para gestantes com ou sem sintomas da doença nas primeiras semanas de gestação (pré-natal) com repetição desse procedimento ao final do 2º trimestre da gravidez; e para bebês filhos de mães com diagnóstico de infecção pelo vírus Zika, bem como aos recém-nascidos com malformação congênita sugestivas de infecção pelo vírus.
- o **IgG:** recomendado somente para infecção pelo vírus Zika para gestantes ou recém-nascidos que realizaram pesquisa de anticorpos IgM cujo resultado foi positivo.

ANS divulga teto de reajuste autorizado para planos individuais

Publicado em: 03/06/2016

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fixou em até 13,57% o índice de reajuste a ser aplicado aos planos de saúde médico-hospitalares individuais/familiares no período compreendido entre maio de 2016 e abril de 2017. O percentual é válido para os planos de saúde contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98 e atinge cerca de 8,3 milhões de beneficiários, o que representa 17% do total de 48,5 milhões de consumidores de planos de assistência médica no Brasil, de acordo com dados referentes a abril de 2016. A decisão será publicada no Diário Oficial da próxima segunda-feira (6/06).

A metodologia utilizada pela ANS para calcular o índice máximo de reajuste anual dos planos individuais/familiares é a mesma desde 2001 e leva em consideração a média dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos contratos de planos coletivos com mais de 30 beneficiários.

Os beneficiários de planos individuais devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar:

- se o percentual de reajuste aplicado é igual ou inferior ao definido pela ANS
- se a cobrança com o índice de reajuste está sendo feita a partir do mês de aniversário do contrato, que é o mês em que o contrato foi firmado

É importante destacar que somente as operadoras autorizadas pela ANS podem aplicar reajustes, conforme determina a Resolução Normativa nº 171/2008.

Veja como será aplicado o reajuste

O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir da data de aniversário de cada contrato.

Se o mês de aniversário do contrato é maio ou junho, será permitida cobrança retroativa, conforme a RN 171/2008. Nesses casos, as mensalidades de julho e agosto (se o aniversário do contrato for em maio) ou apenas de julho (se o aniversário do contrato for em junho) serão acrescidas dos valores referentes à cobrança retroativa. Para os contratos com aniversário entre os meses de julho de 2016 e abril de 2017 não poderá haver cobrança retroativa.

Deverão constar claramente no boleto de pagamento o índice de reajuste autorizado pela ANS, o número do ofício de autorização da ANS, nome, código e número de registro do plano, bem como o mês previsto para aplicação do próximo reajuste anual.

Perguntas Frequentes:

1. **As operadoras são obrigadas a seguir o índice de reajuste definido para os planos novos contratados por pessoas físicas?**

Sim, elas devem observar o percentual definido pela ANS como teto para o reajuste. Dessa forma, as operadoras não podem aplicar um percentual mais alto do que o autorizado, mas são livres para adotar índices inferiores ao divulgado pela ANS, ou mesmo manter suas mensalidades sem reajuste. Caso a operadora não obtenha a autorização da ANS, não poderá reajustar tais contratos.

O índice divulgado pela ANS é um percentual máximo de reajuste voltado aos planos individuais/familiares médico-hospitalares, contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98.

2. **Quantos beneficiários poderão ter seus planos reajustados de acordo com o índice divulgado pela ANS?**

O índice de reajuste divulgado pela ANS incidirá diretamente sobre 8,3 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares individuais, contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98, o que representa 17% dos consumidores de planos de assistência médica no Brasil.

Cabe destacar que alguns contratos individuais, firmados antes de 1º de janeiro de 1999, também podem ser reajustados pelo índice divulgado pela ANS. Isto ocorre quando as cláusulas não indicam expressamente o índice de preços a ser utilizado

para reajustes das mensalidades ou o critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste. Exceção aos contratos cujas operadoras foram objeto de assinatura de Termo de Compromisso com a ANS.

3. Houve alteração na metodologia para o cálculo do reajuste em 2016?

Não houve alteração. A metodologia aplicada pela ANS para obtenção do índice máximo tem sido a mesma desde 2001 e baseia-se na média ponderada dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos com mais de 30 beneficiários, que passam por um tratamento estatístico e resultam no índice máximo de reajuste dos planos individuais novos a ser aplicado no período seguinte.

4. A inclusão de novas coberturas no Rol de Procedimentos da ANS em 2016 causou impacto no reajuste deste ano?

Não. O possível impacto das coberturas que entraram em vigor em 2016 será avaliado após um ano. Só então será possível avaliar se haverá impacto no reajuste de 2017.

5. A partir de quando o índice de reajuste da ANS passa a vigorar?

O percentual de reajuste pode ser aplicado após a autorização da ANS para a operadora a partir da data de aniversário do contrato. O reajuste é válido para os contratos com aniversário entre maio de 2016 e abril de 2017.

6. Se coincidirem a mudança de faixa etária e o aniversário do plano, o beneficiário terá dois reajustes?

Sim. O reajuste anual do plano ocorre após 12 meses do contrato e o reajuste por mudança de faixa etária ocorre cada vez que o beneficiário muda de idade e se enquadra em uma nova faixa etária predefinida em contrato. Ambos podem incidir coincidentemente no mesmo mês.

Cada faixa etária possui um perfil médio de utilização dos serviços de saúde. As regras para esse tipo de reajuste devem estar detalhadas no contrato firmado com a operadora. O reajuste por faixa etária aplica-se na idade inicial de cada faixa e pode ocorrer tanto pela mudança de idade do titular como dos dependentes do plano.

7. Por que a ANS não regula os reajustes dos planos antigos?

A Lei nº 9.656/98, em seu artigo nº 35-E, determina que a ANS autorize reajuste tanto

para os planos individuais antigos (assinados antes do início da vigência da lei), como para os planos assinados depois de 1º de janeiro de 1999, os chamados planos novos. No entanto, desde setembro de 2003, esse dispositivo legal está suspenso por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF). Diante deste cenário, a ANS publicou a Súmula Normativa nº 5, em 2003, definindo que, caso a regra de reajuste prevista no contrato não seja clara, o reajuste anual deverá estar limitado ao reajuste máximo estipulado pela ANS ou ser definido por meio da celebração de Termo de Compromisso com o órgão regulador. Neste último caso, haverá necessidade de autorização prévia da ANS.

Para estimular os beneficiários de planos antigos a terem seus contratos adaptados à Lei dos planos de saúde, que incluem as coberturas previstas no Rol de Procedimentos, a ANS editou em 2011 normas que incentivam a adaptação de contratos ou a migração para planos novos. Com isso, os beneficiários de planos adaptados passam a ter as mesmas regras de reajuste dos planos novos.

8. A ANS define preços de planos de saúde?

Não. A regulação de planos de saúde não estipula preços a serem praticados pelas operadoras, seja para planos coletivos ou individuais. A regra estabelecida pela ANS exige que a operadora elabore uma nota técnica atuarial de precificação para cada um de seus planos como pré-requisito para a concessão do registro de planos e manutenção de sua comercialização.

Vale destacar que a ANS faz o monitoramento dos preços dos planos por meio da Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP, na qual é informado o Valor Comercial da Mensalidade. De acordo com a Resolução RDC 28/2000, estão dispensados do envio da NTRP os planos exclusivamente odontológicos e os planos com formação de preço pós estabelecida.

9. Como funciona o reajuste dos planos coletivos?

A ANS não define percentual máximo de reajuste para os planos coletivos por entender que as pessoas jurídicas possuem maior poder de negociação junto às operadoras, o que, naturalmente, tende a resultar na obtenção de percentuais vantajosos para a parte contratante. O reajuste dos planos coletivos é calculado com base na livre negociação entre as operadoras e as empresas, fundações, associações, conselhos profissionais.

Os contratos coletivos empresariais com mais de 30 consumidores não estão sujeitos a carência, o que reduz decisivamente o ônus da mudança para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias.

Para os contratos coletivos empresariais e por adesão com menos de 30

beneficiários, que estão sujeitos ao cumprimento de carências, a ANS estabeleceu o agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação do reajuste – o chamado pool de risco (RN 309/2012). Esta medida tem o objetivo de diluir o risco desses contratos, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste.

É importante ressaltar que, ao longo de 12 meses, a ANS coleta e monitora os reajustes dos planos coletivos. Outros aspectos referentes a estes planos, como assistenciais, econômico-financeiros e informacionais, são regulados pela ANS.

Leia também: Reajuste para planos coletivos com menos de 30 beneficiários.

10. Como funciona o reajuste dos planos exclusivamente odontológicos?

Desde maio de 2005, os planos exclusivamente odontológicos, devido às suas especificidades, não dependem mais de autorização prévia da ANS para a aplicação de reajustes, desde que esteja claro no contrato o índice que a operadora adota para o reajuste (IGP-M, IPC, IPCA, dentre outros). Caso não haja um índice estabelecido, a operadora deve oferecer ao titular do plano um termo aditivo de contrato que defina esse índice. A não aceitação ao Termo implica na adoção do IPCA - Índice Nacional e Preços ao Consumidor Amplo.

11. O índice ANS 2016 está condizente com outros indicadores econômicos?

É importante deixar claro a diferença entre o índice de reajuste dos planos de saúde com índices gerais de preço, ou “índices de inflação”.

Os “índices de inflação” medem a variação de preços dos insumos de diversos setores, como por exemplo: alimentação, bebidas, habitação, artigos de residência, vestuário, transporte, despesas pessoais, educação, comunicação, além do item saúde e cuidados pessoais.

O índice de reajuste divulgado pela ANS não é um índice de preços. Ele é composto pela variação da frequência de utilização de serviços, da incorporação de novas tecnologias e pela variação dos custos de saúde, caracterizando-se como um índice de valor.