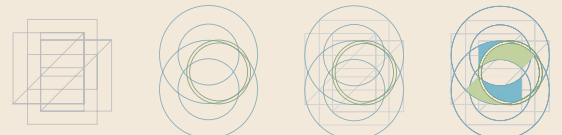
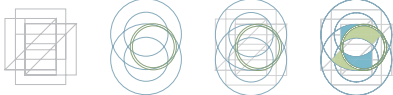


RELATÓRIO DE GESTÃO 2010-2012





Elaboração, distribuição e informações:

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84, Glória
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro – RJ
Tel.: +5521 2105 0000
Disque ANS: 0800 701 9656
<http://www.ans.gov.br>
ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS:

Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES

Diretoria de Fiscalização - DIFIS

Diretoria de Gestão - DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE

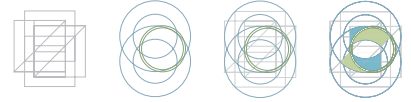
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO

Elaboração e projeto gráfico:

Gerência de Comunicação Social - GCOMS/DICOL

Este Relatório foi impresso e reproduzido em CD-ROM sem ônus para a ANS.

Impresso no Brasil



Diretoria Colegiada da ANS no período deste relatório:

Mauricio Ceschin

Diretor Presidente (28/04/2010 até 17/11/2012)

Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos (25/10/2010 até 17/11/2012)

Diretor de Desenvolvimento Setorial (02/12/2009 até 24/10/2010)

Leandro Reis Tavares

Diretor Presidente Substituto (05/11/2010 até 17/07/2012)

Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras (23/08/2010 até 17/11/2012)

Diretor de Desenvolvimento Setorial Interino (25/10/2010 até 04/04/2011)

Diretor de Fiscalização Interino (23/08/2010 até 30/08/2010)

Diretor de Fiscalização (02/12/2009 até 22/08/2010)

Eduardo Marcelo de Lima Sales

Diretor de Fiscalização (2º mandato a partir de 31/08/2010)

Diretor de Gestão Interino (25/10/2010 até 20/01/2012)

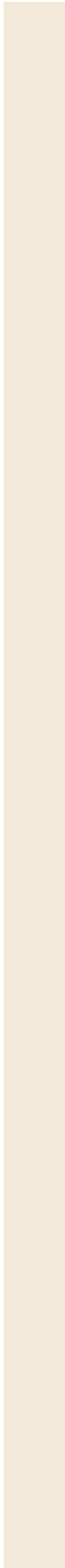
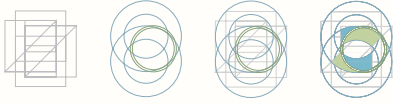
Bruno Sobral de Carvalho

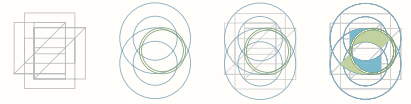
Diretor de Desenvolvimento Setorial (a partir de 05/04/2011)

Andre Longo Araujo de Melo

Diretor Presidente Substituto (a partir de 17/07/2012)

Diretor de Gestão (a partir de 20/01/2012)





APRESENTAÇÃO

Este é o relatório de uma gestão feita por muitas mãos. Por pessoas comprometidas com a Agência Nacional de Saúde Suplementar e empenhadas em fazer o seu melhor na defesa do interesse público na regulação dos planos privados de saúde. Esses servidores e dirigentes, altamente qualificados - tanto os que já estiveram, como os que estão aqui trabalhando -, são os que, neste processo de construção de um setor estável, seguro e de qualidade, investem seu conhecimento, sua energia e seus sonhos.

Nestes três anos de trabalho na ANS, primeiro como diretor da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e depois como diretor-presidente e diretor da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, foram muitos os desafios e muitas as conquistas, pois este setor, que assiste a um em cada quatro brasileiros, é de extrema importância para nosso país.

O Brasil vivenciou nos últimos 50 anos, o surgimento e a consolidação do setor de saúde suplementar. Hoje, há quase 49 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e mais de 17 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos. Dessas últimas cinco décadas, apenas a última contou com a presença da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regular e fiscalizar um mercado estabelecido há pelo menos quatro décadas tem sido um grande desafio, que resultou no intenso processo de normatização realizado nos últimos doze anos.

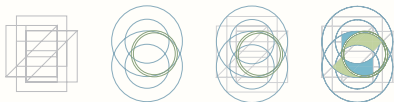
Ao assumir este desafio, sabia que, apesar dos números expressivos, incluindo a consolidação das reservas e garantias financeiras acima de R\$ 12 bilhões (que, em última análise, protegem o consumidor), e do caminho importante que já havia sido empreendido pela ANS, era necessário traçar com maior intensidade as questões de acesso e modelo assistencial, o que foi feito neste período de gestão.

Considero que um dos principais desafios que temos pela frente é desenvolver e dar sustentabilidade a um sistema de saúde que demanda investimentos crescentes e constantes, e que precisa, por isso mesmo, ser organizado e eficiente. Esses desafios requerem ações concretas, como as reunidas na primeira Agenda Regulatória da ANS, a do biênio 2011-2012, as quais, certamente, serão constantemente aprimoradas e renovadas para os próximos anos.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os que participaram dos avanços conquistados neste período, sintetizados no Relatório de Gestão 2010-2012, aqui apresentado. E agradecer também pela honra de ter contribuído para a trajetória de consolidação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



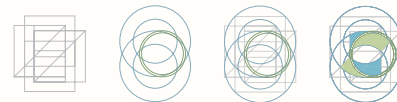
Mauricio Ceschin



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

I - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS.....	15
1.1 - Competências, Receitas, Estrutura Básica e Principais Atribuições.....	17
II - AGENDA REGULATÓRIA DA ANS 2011-2012.....	25
2.1 - Ações da Agenda Regulatória 2011-2012.....	29
2.2 - Síntese do Cumprimento da Agenda Regulatória.....	32
III - CONQUISTAS DA ANS EM 2010 – 2012.....	35
3.1 - Garantia de Acesso Assistencial.....	37
3.1.1 - Ações Previstas na Agenda Regulatória 2011-2012.....	37
• Adaptação e migração de contratos individuais/familiares e coletivos firmados até 1º de janeiro de 1999. Consulta Pública nº 35, de novembro de 2010 e Resolução Normativa nº 254, de maio de 2011.	
• Garantia e tempos máximos de atendimento dos beneficiários. Consulta Pública nº 37, de fevereiro de 2011; Resolução Normativa nº 259, de junho de 2011; e Resolução Normativa nº 268, de setembro de 2011.	
• Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 – Aposentados e Demitidos. Consulta Pública nº 41, de abril de 2011; Resolução Normativa nº 279, de novembro de 2011; e, Resolução Normativa nº 287, de fevereiro de 2012.	
• Acompanhamento do acesso e da dispersão da rede assistencial. Consulta Pública nº 45, de agosto de 2011, e Resolução Normativa nº 285, de dezembro de 2011.	
• Regulamentação dos princípios para a oferta de medicação de uso domiciliar. Consulta Pública nº 49, de setembro de 2012, e Resolução Normativa nº 310, de outubro de 2012.	
• Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação para reavaliar os critérios estabelecidos pela Resolução CONSU nº 8, de 1998.	
3.1.2 - Demais Ações Relativas à Garantia de Acesso Assistencial.....	49
• Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Consulta Pública nº 40, de abril de 2011; Resolução Normativa nº 262, de agosto de 2011; e Resolução Normativa nº 281, de dezembro de 2011.	
• Entendimento sobre condição de dependente de titular de plano privado de saúde. Súmula Normativa nº 12/Diretoria Colegiada, de maio de 2010.	
• Entendimento sobre remissão de contratos. Súmula Normativa nº 13/ Diretoria Colegiada, de novembro de 2010.	
• Entendimento sobre políticas de comercialização restritivas. Súmula Normativa nº 19 / Diretoria Colegiada, de julho de 2011.	
• Entendimento sobre prazos de carência já cumpridos por beneficiários. Súmula Normativa nº 21 / Diretoria Colegiada, de agosto de 2011.	
• Entendimento sobre cobertura relacionada com a saúde ocupacional. Súmula Normativa	



nº 15 / Diretoria Colegiada, de abril de 2011.

- Entendimento sobre limitação de número de exames para beneficiários de planos de saúde. Súmula Normativa nº 16 / Diretoria Colegiada, de abril de 2011.

- Entendimento sobre cobertura relacionada ao parto. Súmula Normativa nº 25 / Diretoria Colegiada, de setembro de 2012.

- Obrigatoriedade de prestação de informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização dos procedimentos solicitados pelo médico assistente. Consulta Pública nº 51, de setembro de 2012.

3.2 - Incentivo à Qualidade Assistencial.....55

3.2.1 - Ações previstas na Agenda Regulatória 2011-2012.....55

- Incentivos para a participação em programas de Envelhecimento Ativo. Consulta Pública nº 42, de maio de 2011; Resolução Normativa nº 265, de agosto de 2011; e Instrução Normativa nº 36, de agosto de 2011.

- Incentivos para a participação em programas para a promoção da saúde. Resolução Normativa nº 264, de agosto de 2011.

- Indicadores sobre atenção ao idoso, na dimensão de atenção à saúde do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

- Modelo diferenciado de assistência ao idoso, como forma de aumentar a permanência, a entrada dos idosos em planos de saúde e a qualidade da atenção prestada.

- Programa de Acreditação de operadoras de planos privados de saúde. Consulta Pública nº 36, de dezembro de 2010, e Resolução Normativa nº 277, de novembro de 2011.

- Programa de Incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS Divulgação). Consulta Pública nº 38, de fevereiro de 2011, e Resolução Normativa nº 267, de agosto de 2011.

- Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de serviços na Saúde Suplementar (QUALISS Indicadores). Consulta Pública nº 44, de junho de 2011, e Resolução Normativa nº 275, de novembro de 2011.

- Programa de Qualificação da Saúde Suplementar 2012. Consulta Pública nº 46, de setembro de 2011, e Resolução Normativa nº 282, de dezembro de 2011.

- Pesquisa de satisfação dos beneficiários.

3.2.2 - Demais Ações Relativas ao Incentivo à Qualidade Assistencial.....69

- Plano de recuperação assistencial e regulamentação da direção técnica. Consulta Pública nº 39, de março de 2011, e Resolução Normativa nº 256, de maio de 2011.

- Divulgação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar 2011 – ano - base 2010.

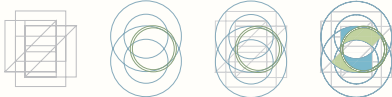
- Pesquisa médica sobre assistência obstétrica na Saúde Suplementar.

- Seminário para a Construção de Modelos Assistenciais.

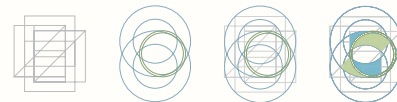
- Seminário Internacional sobre Inovações Assistenciais para a Sustentabilidade da Saúde Suplementar.

- Obrigatoriedade de funcionamento de Ouvidorias por parte das operadoras de planos de assistência à saúde. Consulta Pública nº 50, de setembro de 2012, em fase de consolidação.

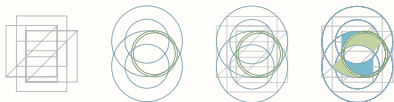
- Vídeos sobre ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.



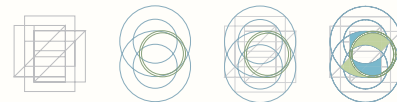
3.3 - Sustentabilidade do Setor.....	75
3.3.1 - Ações Previstas na Agenda Regulatória 2011-2012.....	75
• Alternativas de modelos de reajustes para planos individuais novos.	
• Formatação de produtos de planos de saúde com alternativas mistas de mutualismo e capitalização.	
• Nota Técnica Atuarial de Produtos e Pacto Intergeracional.	
3.3.2 - Demais ações relativas à sustentabilidade do setor.....	76
• Tratamento diferenciado para pequenas operadoras exclusivamente odontológicas. Resolução Normativa nº 243, de dezembro de 2010.	
• Tratamento diferenciado para obrigações incidentes sobre operadoras com até 100 mil beneficiários. Resolução Normativa nº 274, de outubro de 2011.	
• Programa de Conformidade Regulatória. Resolução Normativa nº 278, de novembro de 2011.	
• Revisão e Simplificação das Normas Contábeis – Plano de Contas Padrão. Resolução Normativa nº 290, de fevereiro de 2012.	
• Procedimentos de adequação econômico-financeira (PAEF). Consulta Pública nº 47, de setembro de 2012, e Resolução Normativa nº 307, de outubro de 2012.	
• Atualização dos requisitos mínimos para autorização pela ANS, para alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão de operadoras. Resolução Normativa nº 299, de julho de 2012.	
• Entendimento sobre Plano de Contas Padrão da ANS. Súmula Normativa nº 18/ Diretoria Colegiada, de julho de 2011.	
• Regimes Especiais.	
• Parceria entre a ANS e ANVISA - divulgação de banco de dados com preços dos produtos para a saúde, comercializados no país.	
• Reunião do Subcomitê de Solvência da Associação Internacional de Seguros.	
• <i>Workshop</i> sobre principais práticas atuariais do setor de Saúde Suplementar.	
• Comissões.	
• Câmara Técnica de ajustes ao patrimônio para fins de PMA e margem de solvência.	
• Cartilha de referências para cálculos econômico-financeiros.	
3.4 - Incentivo à Concorrência.....	80
3.4.1 - Ações Previstas na Agenda Regulatória 2011-2012.....	80
• Ampliação do direito à portabilidade de carências. Consulta Pública nº 34, de outubro de 2010, e Resolução Normativa nº 252, de abril de 2011.	
• Entendimento sobre portabilidade de beneficiários de planos coletivos. Súmula Normativa nº 24, de julho de 2012.	
• Informações sobre preços dos planos coletivos empresariais. Resolução Normativa nº 304, de setembro de 2012.	
• Incentivo à Comercialização de Planos Individuais. Consulta Pública nº 48, de 2012. <i>Pool</i> de Risco. Resolução Normativa nº 309, de outubro de 2012.	
• Plano de trabalho - ANS e Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência.	
• Estudo de análise do grau de concorrência em possíveis mercados relevantes.	



3.5 - Prestadores de Serviços de Saúde.....	85
3.5.1 - Ações Previstas na Agenda Regulatória 2011-2012.....	85
• Implementação de conjunto de termos que identificam os eventos e itens assistenciais na Saúde Suplementar. Consulta Pública nº 43, de 2011; Resolução Normativa nº 305, de 2012, e Instrução Normativa nº 51, de 2012.	
• Promoção de pacto setorial para a definição e a criação de estímulos e mecanismos indutores de uma nova sistemática de remuneração dos hospitais.	
3.5.2 - Demais Ações Relacionadas a Prestadores de Serviços.....	86
• Contratualização.	
• Entendimento sobre inibição à solicitação de exames pelos prestadores de serviços de saúde. Súmula Normativa nº 16 / Diretoria Colegiada, de abril de 2011.	
• Entendimento sobre relacionamento entre cooperativas e cooperados para fins de reajuste. Súmula Normativa nº 20 / Diretoria Colegiada, de agosto de 2011.	
• Entendimento sobre organização e funcionamento da prestação dos serviços assistenciais à saúde. Súmula Normativa nº 23 / Diretoria Colegiada, de fevereiro de 2012.	
• Grupo de Trabalho de Honorários Médicos.	
• Grupo de Trabalho do Novo Modelo de Reajuste.	
• Grupos externos de trabalho.	
• Seminário sobre Assistência Hospitalar.	
• Outras medidas da ANS relacionadas aos prestadores de serviços de saúde.	
3.6 - Garantia de Acesso à Informação.....	89
3.6.1 - Ações previstas na Agenda Regulatória 2011-2012.....	90
• Novo portal da ANS – compilação da legislação, dos entendimentos da ANS, além de buscas e informações para fortalecer o poder de escolha dos consumidores.	
3.6.2 - Demais ações relacionadas à garantia de acesso à informação.....	95
• Divulgação da primeira Carta de Serviços da ANS.	
• Publicações.	
• Ampliação das consultas do tabulador de dados ANS TABNET.	
• Campanha publicitária de utilidade pública em jornais e revistas.	
• Implementação da Lei de Acesso à Informação. Resolução Normativa nº 298, de junho de 2011.	
• Versões em inglês e espanhol do portal da ANS na internet.	
• Treinamento para porta-vozes da ANS; criação, no portal, do espaço Sala de Imprensa; envio de boletins para assinantes; e produção de seminários para a imprensa.	
3.7 - Integração com o SUS.....	115
3.7.1 - Ações previstas na Agenda Regulatória 2011-2012.....	115
• Exigência da informação sobre o número do Cartão Nacional de Saúde dos beneficiários de planos privados de saúde. Resolução Normativa nº 250, de março de 2011, Resolução Normativa nº 295, de maio de 2012, e Resolução Normativa nº 303 de setembro de 2012.	
• Implantação o Registro Eletrônico de Saúde (RES).	



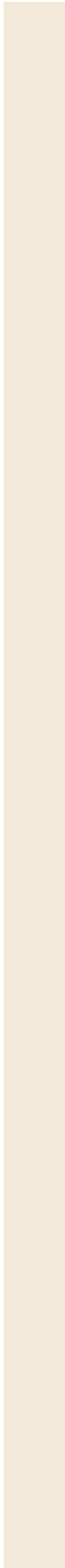
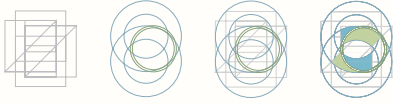
3.7.2 - Demais Ações Relativas à Integração com o SUS.....	116
•Incremento na efetividade do Ressarcimento ao SUS.	
3.8 - Fiscalização e Articulação Setorial.....	121
•Notificação de Investigação Preliminar (NIP)- Consulta Pública nº 32, de junho de 2010; Resolução Normativa nº 226, de agosto de 2010.	
•Central de Relacionamento da ANS.	
•Disque ANS.	
•Nova Central de Atendimento no portal da ANS.	
•Programa Olho Vivo - Resolução Normativa nº 223, de julho de 2010.	
•Programa Parceiros da Cidadania.	
•Informativo Eletrônico Parceiros da Cidadania.	
•Ferramenta para acesso aos pareceres técnicos da ANS.	
•Índice de Reclamações de beneficiários de planos privados de saúde.	
•Acordos de Cooperação Técnica – 2010-2012.	
•Câmaras, Comissões, Grupos de Trabalho e Fóruns externos à ANS – 2010-2012.	
3.9 - Participação Social.....	130
•Audiências Públicas no Senado e na Câmara de Deputados para debate sobre questões relativas à regulação do setor de planos privados de assistência à saúde.	
•Formas de Participação Social: Resolução Normativa nº 242, de dezembro de 2010, e Consulta Pública nº 33, de agosto de 2011	
•Consultas Públicas realizadas pela ANS – 2010 a 2012.	
•Câmara de Saúde Suplementar.	
•Ouvidoria.	
•Câmaras e Grupos Técnicos - 2010-2012.	
4 - Resoluções Normativas, Instruções Normativas e Súmulas Normativas publicadas entre 2010 e 2012.....	145
4.1 - Normas Publicadas em 2010.....	145
•Resoluções Normativas publicadas em 2010.	
•Instruções Normativas publicadas em 2010.	
•Súmulas Normativas publicadas em 2010.	
4.2 - Normas publicadas em 2011.....	158
•Resoluções Normativas publicadas em 2011.	
•Instruções Normativas publicadas em 2011.	
•Súmulas Normativas publicadas em 2011.	
4.3 - Normas publicadas em 2012.....	177
•Resoluções Normativas publicadas em 2012.	
•Instruções Normativas publicadas em 2012.	

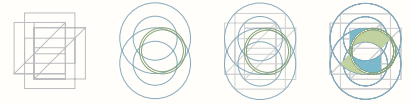


- Súmulas Normativas publicadas em 2012.

5 - Gestão Institucional.....189

- Transparência.
- Análise de Impacto Regulatório (AIR).
- Ações de infraestrutura.
- Ações na área financeira.
- Iniciativas na área de recursos humanos.
- Conquistas no planejamento.
- E-ANS.
- Implementação da nova intranet da Agência (Intrans).
- Participação dos servidores na construção da Agenda Regulatória 2013-2014.





INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) empreende ações para garantir o acesso e a qualidade assistencial aos beneficiários de planos de saúde, para incentivar a excelência gerencial das operadoras e para solidificar a sustentabilidade do setor de planos privados de assistência à saúde.

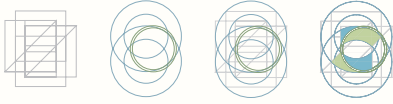
Esses desafios demandam a participação de todos e necessitam definição, foco, constância, retroalimentação e autocritica para corrigir distorções, além de muito trabalho. Nesse contexto de desafios e oportunidades, a ANS priorizou ações estruturantes em sua Agenda Regulatória para o biênio 2011-2012, bem como outras ações para aperfeiçoar seu desempenho regulatório.

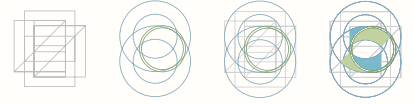
Essas ações empreendidas pela ANS são apresentadas neste Relatório de Gestão 2010-2012. O documento é organizado em cinco capítulos. O primeiro descreve as competências, a estrutura básica, o marco legal e as principais atribuições da Agência. O segundo capítulo traz eixos, ações e projetos da primeira Agenda Regulatória da ANS.

O cerne da atividade regulatória da ANS está no terceiro capítulo - o das conquistas no período de 2010-2012. Essa parte está organizada em grandes temas, dispostos em ações previstas na Agenda Regulatória e nas demais ações efetuadas pela Agência, incluídas as ações previstas no Contrato de Gestão da ANS com o Ministério da Saúde. Os temas abordados são: garantia de acesso assistencial; incentivo à qualidade assistencial; sustentabilidade do setor; incentivo à concorrência; prestadores de serviços de saúde; garantia de acesso à informação; integração com o SUS; fiscalização e articulação setorial; e participação social.

Na sequência, o quarto capítulo lista as Resoluções Normativas, as Instruções Normativas e as Súmulas Normativas publicadas de 2010 até outubro de 2012. E, por fim, o quinto capítulo sintetiza algumas ações de gestão interna da Agência, a exemplo do e-ANS, da nova intranet e da inédita Consulta Interna para a elaboração da Agenda Regulatória 2013-2014. São apresentados apenas tópicos das ações relativas à estrutura, à logística e a recursos humanos, pois são tradicionalmente temas do Relatório do Gestor, concluído ao final de cada ano, apresentado ao Tribunal de Contas da União (TCU) e, após aprovação, publicado no portal da ANS.

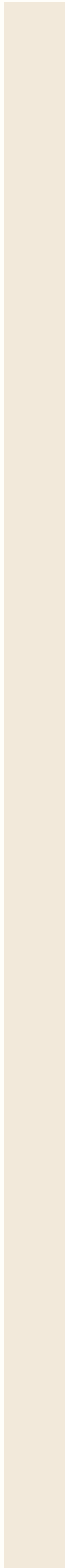
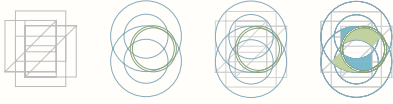
Destaca-se que quase a totalidade do conteúdo - dos textos e dos documentos citados e utilizados neste relatório - está disponível na internet, no portal da ANS. Ressalta-se também que este documento não esgota todas as atividades desenvolvidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar no período de 2010 a 2012.

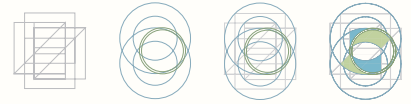




AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS

PARTE I





I - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

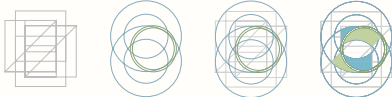
A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o território nacional na regulação, na normatização, no controle e na fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde. O marco regulatório do setor é composto pela Lei nº 9.961, de 2000, que a criou, e na qual estão definidas suas competências, e pela Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

A ANS é uma autarquia sob o regime especial, caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Sua finalidade institucional é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Tem sede no Estado do Rio de Janeiro e atualmente possui 12 Núcleos de atendimento nos seguintes estados: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo.

1.1 - COMPETÊNCIAS, RECEITAS, ESTRUTURA BÁSICA E PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES

Competências:

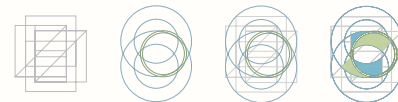
- Autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário.
- Autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde.
- Estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde.
- Estabelecer normas para registro dos produtos sujeitos a sua regulação; decidir sobre o estabelecimento de subsegmentações de planos.
- Fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras.
- Fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento.
- Adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde; instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras.
- Autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda.
- Monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos.
- Fiscalizar a atuação das operadoras e dos prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos.



- Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras.
- Estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, quaisquer sejam eles: próprios, referenciados, contratados ou conveniados.
- Estabelecer normas relativas à adoção e à utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde.
- Estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde.
- Estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- Requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciada.
- Proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde.
- Determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras.
- Exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
- Avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência.
- Articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando à eficácia da proteção e da defesa do consumidor, observado o disposto no Código de Defesa do Consumidor.
- Zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.
- Administrar e arrecadar as taxas instituídas por sua Lei de criação.
- Estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Receitas:

Conforme a Lei nº 9.961, de 2000, são receitas da ANS: I) o produto resultante da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar; II) a retribuição por serviços de qualquer natureza prestados a terceiros; III) o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras; IV) o produto da execução da sua dívida ativa; V) as dotações consignadas no Orçamento-Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais, transferências e repasses que lhe forem conferidos; VI) os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades ou organismos nacionais e internacionais; VII) as doações, os legados, as subvenções e outros recursos que lhe forem destinados; VIII) os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade; IX) o produto da venda de publicações, material técnico, dados e informações; X) os

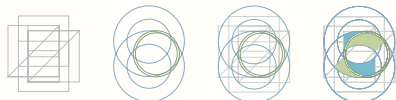


valores apurados em aplicações no mercado financeiro das receitas previstas em lei, na forma definida pelo Poder Executivo; e, XI) quaisquer outras receitas não especificadas.

Estrutura Básica:

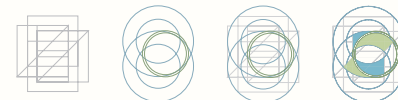
A Diretoria Colegiada da ANS é formada por cinco diretores, sendo um deles o diretor-presidente. Além das cinco diretorias, possui órgãos vinculados, ou seja, não subordinados à Diretoria Colegiada. A seguir, uma síntese das atribuições das diretorias e da Presidência da ANS e respectivos diretores responsáveis, no período de 2010 a 2012.

Sigla	Unidade	Principais Atribuições	Responsável
PRESI	Presidência	Supervisionar o funcionamento geral e representar legalmente a ANS; presidir as reuniões da Diretoria Colegiada, cumprindo e fazendo cumprir as decisões dela; ordenar despesas e praticar atos de gestão de recursos orçamentários e financeiros; presidir a Câmara de Saúde Suplementar; praticar atos de gestão de recursos humanos.	Mauricio Ceschin Diretor-Presidente
DICOL	Diretoria Colegiada	Administrar a ANS; desenvolver seu planejamento estratégico e operacional; editar normas; aprovar o regimento interno e definir a área de atuação, a organização, a competência e a estrutura de cada unidade da instituição e dos órgãos vinculados, bem como as atribuições de seus dirigentes; definir o diretor responsável por cada diretoria; cumprir e fazer cumprir a legislação da saúde suplementar; propor ao ministro da Saúde as políticas, as diretrizes gerais e a legislação da saúde suplementar; divulgar relatórios sobre suas atividades.	Bruno Sobral de Carvalho André Longo Araújo de Melo Leandro Reis Tavares Eduardo Marcelo de Lima Sales Mauricio Ceschin



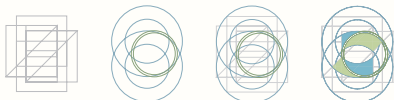
(continuação)

Sigla	Unidade	Principais Atribuições	Responsável
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial	Desenvolver a integração de informações e o ressarcimento das operadoras ao SUS; planejar, coordenar, administrar e divulgar a informação corporativa, incluindo: os sítios internos (intranet) e externos (internet) da ANS, a mineração e a organização (armazém de dados) da informação, o cadastro de beneficiários de planos de saúde e o relacionamento de bases de dados; monitorar os prestadores de serviços da Saúde Suplementar; propor, acompanhar e coordenar os Padrões de Trocas de Informações entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde.	Bruno Sobral de Carvalho
DIGES	Diretoria de Gestão	Pesquisar, avaliar e propor mecanismos para o desenvolvimento institucional e de desenvolvimento da gestão; incentivar a melhoria da qualidade dos processos e disseminar as boas práticas de gestão na ANS; planejar e coordenar a contratação e a execução de estudos e pesquisas de interesse da ANS; coordenar e fomentar os projetos de pesquisa, por meio de cooperação técnica-científica nacional e internacional; coordenar, executar e supervisionar a política de gestão de documentos da ANS; estudar, analisar e avaliar os mecanismos de desenvolvimento e gestão de pessoas, incluindo atividades relacionadas à capacitação; coordenar, executar e supervisionar a execução do planejamento e do orçamento; acompanhar a execução das atividades de finanças, material e patrimônio e serviços gerais; acompanhar a arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar, as retribuições por serviços de qualquer natureza prestados a terceiros, bem como doações e legados.	André Longo Araújo de Melo



(continuação)

Sigla	Unidade	Principais Atribuições	Responsável
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras	Orientar as operadoras de planos de saúde sobre: constituição, organização e funcionamento, qualificação, acreditação, contabilidade, estatística e dados atuariais sobre reservas e provisões, critérios de constituição de garantias econômico-financeiras, parâmetros de capital e patrimônio líquido, criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros, recuperação financeira, regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial; outorgar e cancelar o registro e a autorização de funcionamento; autorizar cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário; planejar e coordenar a qualificação e a acreditação das operadoras de planos de saúde.	Leandro Reis Tavares
DIFIS	Diretoria de Fiscalização	Promover a articulação com o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC); realizar a fiscalização da assistência suplementar à saúde; promover ações educativas para o consumo no setor de planos de saúde e a integração com órgãos e entidades integrantes do SNDC e da sociedade civil organizada; gerenciar a Central de Relacionamento, inclusive o Disque-ANS, para receber, analisar e encaminhar respostas a consultas e denúncias.	Eduardo Marcelo de Lima Sales

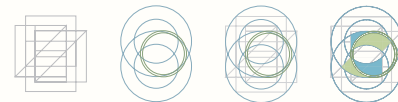


(continuação)

Sigla	Unidade	Principais Atribuições	Responsável
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos	Regulamentar, habilitar, qualificar e acompanhar produtos ou planos de saúde; acompanhar a evolução dos preços dos planos de saúde, prestadores de serviços de saúde e insumos; certificar produtos das operadoras; estudar, normatizar e monitorar, nos planos de saúde: reajustes e revisões de preços, serviços de saúde, concessão, manutenção e cancelamento do registro dos produtos, doenças e lesões preexistentes e aspectos assistenciais (modelos assistenciais, garantias de acesso e cobertura de procedimentos, carências para acesso e portabilidade); indicar características gerais dos contratos de planos de saúde; elaborar e propor o rol de procedimentos e eventos em saúde, e a lista mínima de coberturas obrigatórias pelos planos de saúde.	Mauricio Ceschin

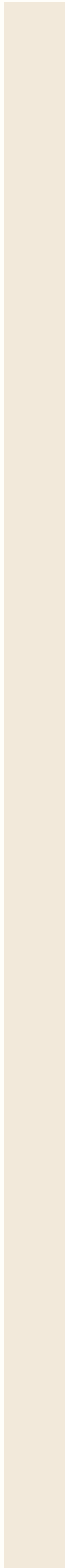
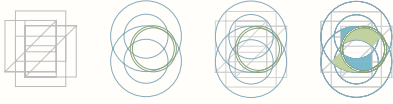
Órgãos Vinculados - Unidades que integram a estrutura organizacional, sem integrar a estrutura hierárquica da ANS

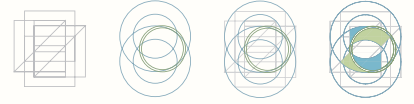
Sigla	Órgãos Vinculados	Atribuições
OUID	Ouvidoria	Acompanhar e avaliar a atuação da ANS, recomendando correções necessárias ao aprimoramento; formular e encaminhar demandas recebidas aos órgãos competentes, em especial às diretorias da ANS; produzir relatórios com apreciações críticas sobre a atuação da ANS, encaminhando-os, em especial, à DICOL, ao Ministério da Saúde e a outros órgãos dos Poderes Executivo e Legislativo, disponibilizando esses relatórios para conhecimento geral, inclusive na página da ANS, na internet; ouvir reclamações de qualquer cidadão relativas a infrações às normas de saúde suplementar. Stael Christian Riani Freire é a Ouvidora neste período de gestão, com mandato desde 2009.



(continuação)

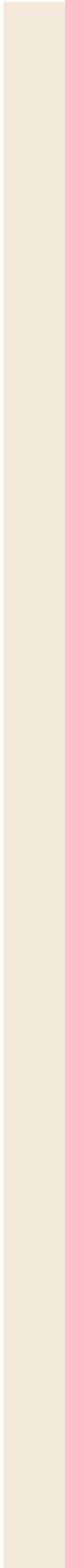
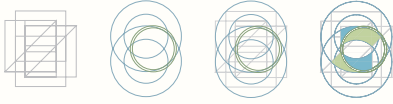
Sigla	Órgãos Vinculados	Atribuições
AUDIT	Auditoria Interna	Elaborar e executar o Plano Anual de Auditoria Interna; acompanhar e avaliar metas dos Planos Plurianuais; examinar a elaboração do Contrato de Gestão assinado com a Administração Pública Federal, ou outro instrumento de acompanhamento que venha a ser adotado, analisando periodicamente os resultados alcançados e as metas pactuadas; analisar e avaliar a execução orçamentária quanto à conformidade, aos limites e às destinações estabelecidas na legislação pertinente.
PPCOR	Corregedoria	Fiscalizar a legalidade das atividades dos agentes públicos da ANS; apurar irregularidades administrativas cometidas por agentes públicos no exercício de cargo ou função na ANS, bem como apreciar as representações relacionadas à sua atuação; divulgar, esclarecer, capacitar e treinar agentes públicos em exercício de cargo ou função na ANS sobre as normas de caráter disciplinar.
PROGE	Procuradoria Federal junto à ANS	Representar a ANS em juízo ou fora dele; dar consultoria e assessoria jurídicas à Diretoria Colegiada e aos diretores; analisar e opinar sobre assuntos jurídicos, bem como examinar previamente as normas legais a serem editadas pela ANS; dar assistência às diretorias e aos demais órgãos integrantes da ANS no controle interno da legalidade dos atos a serem praticados ou já realizados.
CEANS	Comissão de Ética	Atuar como instância consultiva de dirigentes e agentes públicos da ANS; aplicar o Código de Ética da ANS e o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal.
CAMSS	Câmara de Saúde Suplementar	Órgão consultivo formado por representantes de todos os segmentos da sociedade envolvidos nas relações do setor de planos de saúde.

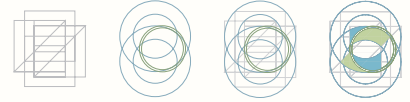




AGENDA REGULATÓRIA DA ANS 2011-2012

PARTE II





II - AGENDA REGULATÓRIA DA ANS 2011-2012

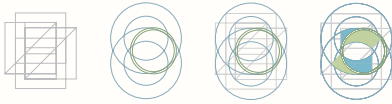
Em outubro de 2010, a ANS aprovou sua primeira Agenda Regulatória para o biênio 2011 e 2012, com seguintes objetivos: I) promover maior clareza da ação da ANS, sobretudo para a sociedade e os agentes regulados; II) promover previsibilidade dos mecanismos e normas utilizados na atuação regulatória; III) possibilitar o acompanhamento dos compromissos preestabelecidos e sua divulgação; IV) qualificar a gestão regulatória da agência; e V) participação da Câmara de Saúde Suplementar no debate sobre a pauta de decisões estratégicas e prioritárias da ANS.

A definição da agenda partiu da identificação dos desafios do setor de Saúde Suplementar. Hoje, um dos principais desafios que esse setor enfrenta é dar sustentabilidade a um sistema de saúde que demanda investimentos crescentes e constantes, e que precisa, por isso mesmo, ser organizado e eficiente.

Hoje, os desafios do setor de Saúde Suplementar são: o envelhecimento e a longevidade da população; a incorporação tecnológica; o modelo de pagamento a prestadores que privilegia o consumo; a utilização de materiais em detrimento da remuneração do trabalho médico; a cultura de tratamento de doenças desprovida de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças; a heterogeneidade concorrencial; e a velocidade de ampliação do mercado (por conta da melhoria da renda da população e da entrada de novos consumidores nos planos de saúde).

Para dar conta dos desafios, foram identificadas as seguintes necessidades:

- Discussão de novos modelos de financiamento que façam frente à maior longevidade e ao envelhecimento da população brasileira, e não desestimulem o ingresso de jovens no sistema de saúde suplementar.
- Garantia de acesso oportuno e pronto do consumidor ao atendimento que ele contratou e ao qual tem direito.
- Participação na formulação de uma política abrangente de incorporação de novas tecnologias, que permita acesso ao avanço tecnológico, mas que evite que o uso indiscriminado e abusivo desse torne os custos assistenciais proibitivos.
- Estímulo ao desenvolvimento de programas de promoção da saúde e de promoção do envelhecimento ativo ao longo do ciclo da vida, de prevenção de doenças, de acompanhamento de casos crônicos e de beneficiários idosos.
- Reformulação, se possível por meio do consenso entre entidades representativas das operadoras e dos hospitais, da sistemática de remuneração dos serviços hospitalares, permitindo, assim, o alinhamento dessa com a busca pela melhor relação custo x qualidade x efetividade para o consumidor.
- Busca de alternativas, junto com entidades médicas e demais participantes do setor, de recomposição dos honorários médicos que ficaram defasados ao longo do tempo. Ao mesmo tempo, estimular a adoção de protocolos e diretrizes clínicas, e coibir o uso e o consumo de materiais, em especial de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), como fonte de ganho médico.
- Estudo da incorporação do benefício farmácia para os usuários de planos de saúde.

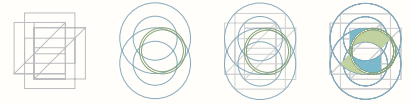


- Modernização do tratamento dado à informação na área da saúde, consolidando a implementação do sistema de troca de informações eletrônicas (TISS) e direcionando-o à construção de um registro eletrônico de saúde, que preserve a confidencialidade, com o histórico individual e demais informações úteis de cada cidadão, que terá, assim, de fato, a posse de suas informações de saúde;
- Desenvolvimento de mecanismos de incentivo à concorrência, principalmente em relação aos planos individuais, contando com a contribuição dos órgãos do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC): Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça (SDE), Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda (SEAE) e Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE);
- Busca de alinhamento, dentro dos limites das atribuições legais da ANS, com órgãos e entidades de defesa do consumidor que compõem o Sistema Nacional, coordenado pelo Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC) do Ministério da Justiça, para a observância do Código de Defesa do Consumidor e do Estatuto do Idoso na relação entre operadoras, prestadores e consumidores.

O processo de elaboração da agenda foi uma construção coletiva. A Diretoria Colegiada propôs nove eixos temáticos prioritários para a ANS. A proposta foi apresentada à Câmara de Saúde Suplementar, para discussão e recebimento de contribuições. Uma oficina de trabalho com os servidores da ANS também discutiu e elaborou contribuições. As propostas foram analisadas, e os eixos temáticos foram desdobrados em subtemas e planos de ação, pactuados com as áreas responsáveis da Agência. A agenda regulatória do biênio 2011-2012 é composta de nove eixos temáticos, cada qual com suas ações (projetos). Os nove eixos da agenda são:



- 1) Modelo de Financiamento do Setor.
- 2) Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial.
- 3) Modelo de pagamento a Prestadores.
- 4) Assistência Farmacêutica.
- 5) Incentivo à Concorrência.
- 6) Garantia de Acesso a Informação.
- 7) Contratos Antigos.
- 8) Assistência ao idoso.
- 9) Integração da Saúde Suplementar com o SUS.



2.1 - AÇÕES DA AGENDA REGULATÓRIA 2011/2012

Resultados importantes foram obtidos com a Agenda Regulatória. Das 28 ações (projetos), 24 foram concluídas, 2 estão em andamento e serão concluídas até o final de 2012, e 2 tiveram seu escopo alterado e, por isso, continuarão para além de 2012. A seguir, a descrição dos eixos e das ações da Agenda e a síntese do que foi concluído e do que está em andamento. Os resultados da Agenda regulatória são apresentados no capítulo III, sobre as conquistas da ANS no período.

Eixo 1 - Modelo de Financiamento do Setor

Estabelece a lógica que determina o reajuste de preços que o consumidor de planos individuais e familiares de saúde, posteriores à Lei nº 9.656, de 1998, paga por seu plano de saúde. Como é importante que o modelo atual seja aperfeiçoado, estuda-se a possibilidade de revisão da forma como os reajustes variam de acordo com a faixa etária do consumidor, além da possibilidade da criação de planos de saúde que incluam um pagamento semelhante àquele que é feito em sistemas de capitalização. Por exemplo: parte do que o consumidor mais jovem paga por mês seria usado como uma poupança, que o ajudaria a reduzir as mensalidades a serem pagas quando ele atingir a idade de 60 anos.

Com isso, os valores pagos de acordo com o aumento da idade, conforme acontece hoje, podem ser diminuídos, enquanto o gasto maior com o plano de saúde passa a ser distribuído ao longo da fase jovem do beneficiário. Assim, a ANS espera que os reajustes sejam mais adequados para beneficiários de todas as idades, e que os aumentos de preços autorizados pela Agência sejam suficientes para manter um atendimento de qualidade aos consumidores e garantir a saúde econômica do setor.

Ações: I) buscar alternativas de modelos de reajustes para planos individuais novos; II) estudar a possibilidade de formatação de produtos de planos de saúde com alternativas mistas de mutualismo e capitalização; e III) analisar a Nota Técnica Atuarial de Produtos e o Pacto Intergeracional.

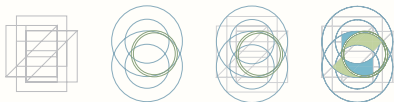
Eixo 2 - Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial

Busca assegurar que o beneficiário seja atendido de acordo com o que contratou em seu plano de saúde e com a qualidade necessária.

Ações: I) determinar prazos máximos para atendimento entre a autorização da operadora para exames e procedimentos e a efetiva realização; II) acompanhamento do acesso e dispersão da rede assistencial; III) implantar o programa de acreditação de operadoras de planos de saúde e o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços que integram o setor de Saúde Suplementar; e IV) reavaliar os critérios de mecanismos de regulação estabelecidos pela Resolução CONSU nº 8, de 1998.

Eixo 3 - Modelo de Pagamento a Prestadores

A prática de mercado atual estimula a maior produção, e não a melhor qualidade dos serviços de saúde prestados aos beneficiários de planos de saúde. A preocupação da ANS é garantir que o modelo de remuneração dos serviços de saúde, que inclui profissionais da área médica, clínicas,



laboratórios e hospitais, esteja alinhado com o objetivo principal do sistema suplementar de saúde: buscar o melhor resultado para o paciente.

A ANS propõe a implementação de um conjunto de termos que identificarão os eventos e os itens assistenciais na Saúde Suplementar. Isso significa fazer com que todos os planos de saúde, as clínicas, os laboratórios e os hospitais usem o mesmo “nome” para um mesmo exame, por exemplo. A implementação diminuirá o trabalho administrativo em clínicas, laboratórios e hospitais, criará uma base para as operadoras de planos de saúde poderem comparar seus serviços com os de seus concorrentes e, assim, permitirá um atendimento mais ágil aos consumidores. A mudança sugerida pela ANS inclui a hierarquização de procedimentos médicos e a avaliação comparativa da qualidade, dos custos e principalmente dos resultados, criando, assim, uma competição saudável pelo melhor valor agregado para o consumidor, e ampliando suas oportunidades de escolha.

Ações: I) implementar o conjunto de termos que identificam os eventos e os itens assistenciais na Saúde Suplementar; e II) promover pacto setorial para a definição/criação de estímulos e mecanismos indutores para uma nova sistemática de remuneração dos hospitais, conforme previamente acordado.

Eixo 4 - Assistência Farmacêutica

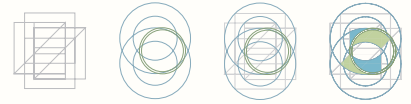
Hoje, a oferta de medicamentos na Saúde Suplementar está restrita ao tratamento dos beneficiários durante sua internação hospitalar, e a alguns casos de tratamento ambulatorial, para determinados tipos de patologia. O objetivo da ANS é ampliar essa oferta para beneficiários em tratamento ambulatorial fora do hospital, principalmente para os portadores de doenças crônicas – como diabetes, hipertensão e outras – que fazem uso de medicação de forma continuada. Um dos motivos do agravamento dessas doenças é a descontinuidade do tratamento, muitas vezes por razões econômicas.

Ação: estudar alternativas de oferta de assistência farmacêutica ambulatorial para beneficiários do setor de Saúde Suplementar portadores de patologias crônicas de maior prevalência, como forma de reduzir o subtratamento.

Eixo 5 - Incentivo à Concorrência

Quando muitos planos de saúde estão disponíveis no mercado, o consumidor tem mais opções de escolha na hora de contratar. Dessa forma, as operadoras de plano de saúde passam a competir entre si e, graças a isso, tendem a fazer melhores ofertas. A ANS quer estimular essa concorrência no setor, oferecendo informação capaz de aumentar o poder de escolha do consumidor. Um bom exemplo é a possibilidade de trocar de plano de saúde sem precisar cumprir uma nova carência (portabilidade). Outro é o incentivo à comercialização de planos individuais.

Ações: I) aprofundar o relacionamento com o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SDE do Ministério da Justiça, SEAE do Ministério da Fazenda e Cade) para a identificação de mercados concentrados, visando à adequação da regulamentação às necessidades específicas; II) aprofundar o estudo para a análise do grau de concorrência em possíveis mercados relevantes; III) avançar no modelo de mobilidade com portabilidade de carências; e IV) criar



mecanismos de incentivo à comercialização de planos individuais.

Eixo 6 - Garantia de Acesso à Informação

Pessoas bem informadas podem fazer escolhas que atendam melhor às suas necessidades. Para garantir informação à sociedade e aos agentes regulados, diversos processos estão sendo revistos: o portal da ANS está se tornando cada vez mais interativo; os dados comparativos entre operadoras e prestadores estão sendo reorganizados; a legislação do setor foi organizada e atualizada; e os entendimentos da ANS sobre temas do setor estão sendo divulgados em Súmulas, em linguagem acessível e menos técnica.

Ações: I) reformular o portal da ANS, tornando-o mais interativo e buscando facilitar o acesso às informações pelos diversos públicos, com foco sobretudo no consumidor; II) organizar a informação comparativa entre operadoras e prestadores para ampliar a compreensão e a capacidade de escolha por parte do consumidor; III) divulgar as súmulas de entendimento da ANS; IV) promover a atualização da legislação de saúde suplementar; V) sistematizar os critérios de atualização do rol de procedimentos médicos; e VI) efetuar a revisão do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) do programa de qualificação de operadoras, principalmente no que se refere à dimensão “satisfação do beneficiário”.

Eixo 7 - Contratos Antigos

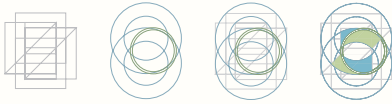
Para que os usuários de planos antigos passem a ter acesso aos direitos e às garantias assegurados pela atuação da ANS, é preciso estimular o processo de adaptação e migração dos contratos individuais e coletivos anteriores à Lei n.º 9.656, de 1998.

Ação: Estimular a adaptação/migração dos contratos individuais/coletivos.

Eixo 8 - Assistência ao Idoso

A população de idosos no Brasil cresce ano a ano. Em geral, por questões naturais, quanto mais idosa a pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde e mais frequente é a utilização de serviços dessa natureza. Assim, é importante garantir que o idoso tenha acesso a serviços de saúde de qualidade. Para isso, a ANS publicou normativos que dispõem sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos de saúde pela participação em programas de promoção do envelhecimento ativo, e sobre a premiação pela participação em programas de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças. Também monitora o desempenho das operadoras nesses programas.

Ações: I) estudar experiências de sucesso na atenção ao idoso; II) criar indicadores sobre atenção ao idoso, na dimensão de “atenção à saúde” do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar; III) estimular as operadoras a criar incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento de sua saúde; e IV) estimular a introdução do modelo diferenciado de assistência ao idoso, como forma de aumentar a permanência e a entrada dos idosos em planos de saúde, e também a qualidade da atenção prestada.

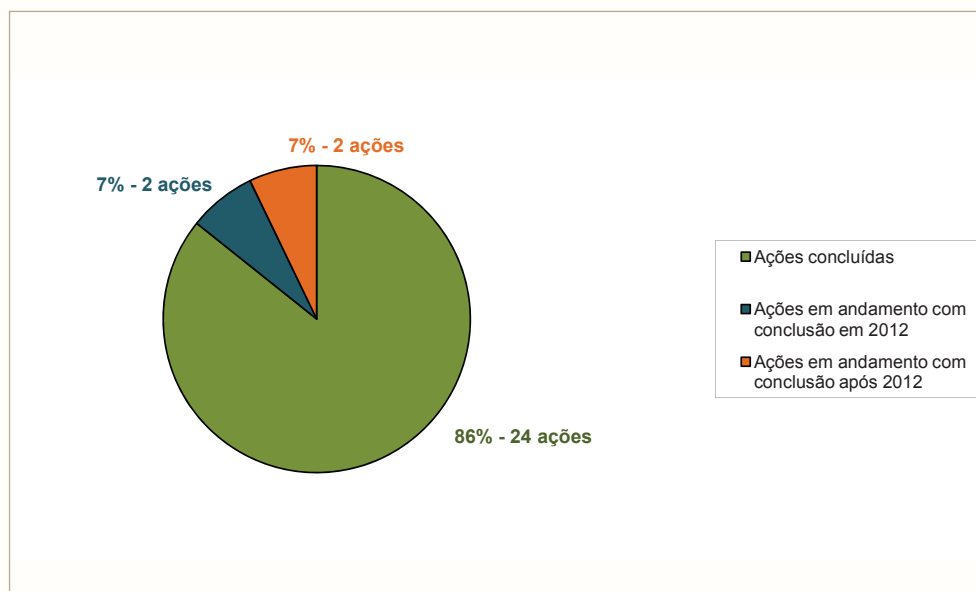


Eixo 9 - Integração da Saúde Suplementar com o SUS

O foco é a criação de um sistema que permita a identificação unívoca do cidadão, independentemente do serviço que esteja utilizando (público ou privado), e a proposta de um registro eletrônico em saúde que seja de posse exclusiva de cada pessoa.

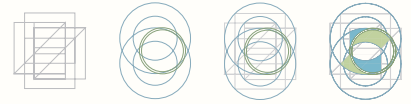
Ações: I) implantar a identificação unívoca do beneficiário para a Saúde Suplementar; e II) implantar o Registro Eletrônico em Saúde (RES).

2.2 - SÍNTESE DO CUMPRIMENTO DA AGENDA REGULATÓRIA



Ações concluídas:

- Buscar alternativas de modelos de reajustes para planos individuais novos.
- Estudar a possibilidade de formatação de produtos de planos de saúde com alternativas mistas de mutualismo e capitalização.
- Analisar Nota Técnica Atuarial de Produtos e Pacto Intergeracional.
- Implantar o Programa de Acreditação de Operadoras de planos de saúde.
- Determinar prazos máximos para o atendimento entre a autorização da operadora para exames e procedimentos e a efetiva realização.
- Implantar o Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de assistência à saúde que integram o mercado de saúde suplementar.
- Aprofundar o relacionamento com o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SDE, SEAE e CADE) para a identificação de mercados concentrados, visando à adequação da regulamentação a



necessidades específicas.

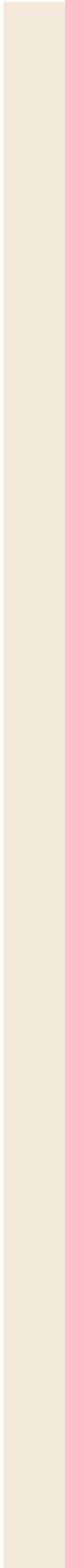
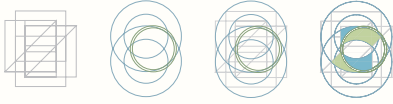
- Avançar no modelo de mobilidade com portabilidade de carências;
- Criar mecanismos de incentivo à comercialização de planos individuais.
- Acompanhar o acesso e a dispersão da rede assistencial.
- Reformular o portal da ANS, tornando-o mais interativo, buscando, assim, facilitar o acesso às informações pelos diversos públicos, com foco sobretudo no consumidor.
- Organizar a informação comparativa entre operadoras e prestadores, para ampliar a compreensão e a capacidade de escolha por parte do consumidor.
- Promover a atualização da legislação de saúde suplementar.
- Divulgar as súmulas de entendimento da ANS.
- Sistematizar os critérios de atualização do rol de procedimentos.
- Efetuar a revisão do índice de desempenho da saúde suplementar (IDSS) do programa de qualificação de operadoras, principalmente no que se refere à dimensão “satisfação do beneficiário”.
- Estimular a adaptação/migração dos contratos individuais/coletivos.
- Criar indicadores sobre atenção ao idoso, na dimensão “atenção à saúde” do programa de qualificação da saúde suplementar.
- Estimular a introdução de um modelo diferenciado de assistência ao idoso, como forma de aumentar a permanência e a entrada dos idosos em planos de saúde e a qualidade da atenção prestada.
- Estimular as operadoras a criar incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento da saúde.
- Estudar experiências de sucesso na atenção ao idoso, buscando formatar produtos específicos para a terceira idade.
- Implementar um conjunto de termos que identifiquem os eventos e os itens assistenciais na Saúde Suplementar.
- Estudar alternativas de oferta de assistência farmacêutica ambulatorial para beneficiários do setor de saúde suplementar portadores de patologias crônicas de maior prevalência, como forma de reduzir o subtratamento.
- Promover pacto setorial para a definição/criação de estímulos e mecanismos indutores para a nova sistemática de remuneração dos hospitais.

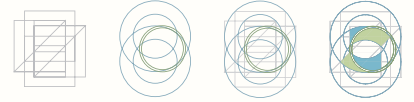
Ações em andamento com conclusão em 2012:

- Reavaliar os critérios de mecanismos de regulação estabelecidos pela Resolução CONSU nº 8, de 1998.
- Implantar a identificação unívoca do beneficiário para a saúde suplementar.

Ações em andamento que tiveram mudança de escopo e, por isso, com conclusão para depois de 2012:

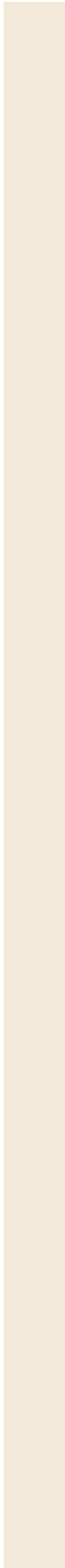
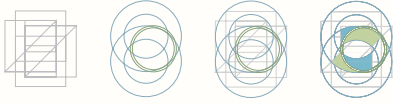
- Aprofundar o estudo para análise do grau de concorrência em possíveis mercados relevantes.
- Implantar o Registro Eletrônico de Saúde (RES).

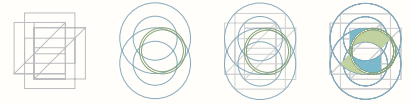




CONQUISTAS DA ANS EM 2010-2012

PARTE III





III - CONQUISTAS DA ANS EM 2010-2012

As conquistas da ANS no período de 2010 a 2012 são apresentadas por tópicos e organizadas de forma a identificar as que pertencem à Agenda Regulatória e às demais ações realizadas. Os grandes tópicos são: I) garantia de acesso assistencial; II) incentivo à qualidade assistencial; III) sustentabilidade do setor; IV) incentivo à concorrência; V) prestadores de serviços de saúde; VI) garantia de acesso à informação; VII) integração com o SUS; VIII) fiscalização e articulação institucional; IX) participação social; X) publicações e campanhas da ANS; e XI) Resoluções, Instruções e Súmulas Normativas da ANS.

3.1 - GARANTIA DE ACESSO ASSISTENCIAL

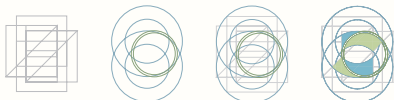
De 2010 a 2012, as principais medidas tomadas para garantia do acesso assistencial foram: ampliação das regras para adaptação e migração de contratos individuais/familiares e coletivos firmados até 1º de janeiro de 1999; regras para garantia e tempos máximos de atendimento aos beneficiários; acompanhamento do acesso e da dispersão da rede assistencial; ampliação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, sobre direitos de aposentados e demitidos; assistência farmacêutica; e publicação dos entendimentos da Diretoria Colegiada sobre: remissão de contrato - situação de dependentes em planos de saúde após a morte do titular do contrato; direito do companheiro de beneficiário titular, do sexo oposto ou do mesmo sexo, ser considerado dependente para fins de contratação de plano de saúde; políticas de comercialização restritivas em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência; direito de levar prazos de carência já cumpridos por beneficiários quando da mudança para outro plano dentro da mesma operadora; cobertura relacionada com a saúde ocupacional; e práticas de limitação de número de exames para beneficiários de planos de saúde. Essas principais ações estão descritas a seguir.

3.1.1 Ações previstas na Agenda Regulatória 2011-2012

• Adaptação e migração de contratos individuais/familiares e coletivos firmados até 1º de janeiro de 1999. Consulta Pública nº 35, de novembro de 2010, e Resolução Normativa nº 254, de maio de 2011.

O objetivo da norma é incentivar os beneficiários a alterar seus contratos para que tenham segurança e garantias trazidas pela regulamentação do setor, tais como: regras de reajuste, coberturas mínimas obrigatórias do Rol de Procedimentos e portabilidade de carências. A resolução beneficia cerca de nove milhões de beneficiários que estão em planos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998.

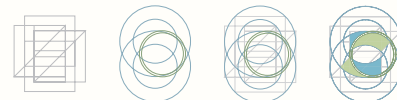
As principais diferenças entre planos adaptados, planos migrados e planos antigos estão apresentados no quadro a seguir:



	Cobertura	Carência e CPT	Preço	Reajuste por faixa etária	Reajuste anual por variação de custos
Adaptação	Todas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no contrato antigo. Não poderá haver redução de coberturas previstas no contrato original.	Sem carência (dentro da mesma segmentação), sem CPT.	Deverá ser calculado pela operadora, e o percentual de aumento fica limitado a 20,59%.	O último reajuste previsto no contrato adaptado/migrado deve ser aos 59 anos, conforme previsto no Estatuto do Idoso e na RN nº 63/2003 da ANS.	Para os planos individuais, o percentual de reajuste será o autorizado pela ANS. Nos coletivos, a negociação é livre e os critérios definidos em contrato.
Migração	Coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS.		Definido de acordo com a tabela de vendas dos planos de saúde. Os limites (máximos e mínimos) devem estar de acordo com os normativos vigentes.		
Contratos Antigos	Livre - definida em contrato (muitas vezes com cláusulas não claras).	Períodos definidos em cada contrato.	Definido de acordo com o contrato.	A definição das faixas etárias e os percentuais de reajuste são definidos no contrato.	Definido em cada contrato.

As principais vantagens comuns à adaptação, que se realiza por meio de um aditivo contratual, e à migração, que é a contratação de um novo plano de saúde dentro da mesma operadora, são: I) acesso ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e às suas atualizações; II) vedação de nova contagem dos períodos de carência; III) limitação do reajuste anual, por variação de custo para os planos individuais, ao percentual divulgado e autorizado pela ANS; IV) adequação das faixas etárias ao estatuto do idoso; e V) maior potencial de efetividade na fiscalização por parte da ANS.

Na adaptação, a operadora deve apresentar proposta ao beneficiário, demonstrando o ajuste do valor a ser pago, relativo à ampliação das coberturas. Na migração, o consumidor pode utilizar o Guia de Planos de Saúde, disponível no portal da ANS, para verificar as opções de planos compatíveis com o seu. O preço do plano compatível será o valor dos planos disponíveis no mercado.



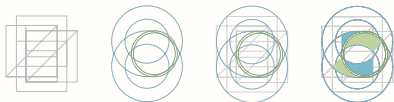
PARA QUEM TEM PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR. Esses usuários poderão optar entre dois modelos		PARA QUEM TEM PLANO COLETIVO. (Por adesão ou empresarial).	
<p>ADAPTAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Após ampliação do contrato atual, o beneficiário passa a ter direito às coberturas mínimas obrigatórias da ANS, mantendo as que já eram previstas; • A mensalidade pode subir até 20,59% a partir da troca. 	<p>MIGRAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • O usuário contrata um novo plano de saúde própria operadora no lugar do contrato antigo; • A contratação do novo plano sem carência será impossível para os planos compatíveis indicados no relatório do guia de planos da ANS (ex: plano hospitalar para hospitalar, na mesma faixa de preço ou inferior); • O novo valor da mensalidade será o mesmo cobrado pela empresa em sua tabela de vendas 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há troca do contrato, mas sim sua atualização; • O contrato renovado, ou cuja vigência findou a partir de janeiro de 1999, deve ser ajustado ao sistema instituído pela Lei dos Planos de saúde na próxima renovação ou em até 12 meses a partir deste mês; 	<ul style="list-style-type: none"> • Já o que tem prazo indeterminado de vigência não tem a obrigação de ser ajustado. No entanto, esse contrato não pode receber novos beneficiários a partir de 04/08/2012, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do titular.

• **Garantia e tempos máximos de atendimento dos beneficiários.** Consulta Pública nº 37, de fevereiro de 2011; Resolução Normativa nº 259, de junho de 2011, e Resolução Normativa nº 268, de setembro de 2011.

Em 2010, para iniciar a definição sobre tempos máximos de atendimento, a ANS realizou pesquisa junto às operadoras médico-hospitalares sobre o prazo médio de atendimento. A participação na pesquisa foi voluntária e realizada entre 21 de junho e 5 de julho de 2010, por meio de dois questionários, publicados no portal da Agência: um continha perguntas sobre o prazo de atendimento praticado pela operadora, enquanto o outro tratava do prazo considerado pela operadora como razoável.

Do número total de 1.162 operadoras que receberam o ofício sobre a pesquisa, 840 participaram, representando 72,3% do total. Dessas, 415 responderam ao questionário do prazo praticado, e 425 ao questionário do prazo considerado razoável. As operadoras que responderam à pesquisa atendiam a pouco mais de 42 milhões de beneficiários, ou seja, 89% do total de beneficiários de planos privados do país.

Os procedimentos selecionados para a pesquisa foram os seguintes: consultas em clínicas básicas



(clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ortopedia e traumatologia); consultas em outras especialidades; exames básicos (hemograma, glicose, ureia, creatinina, eletrólitos, radiografias e ultrassonografias simples); exames de maior complexidade; cirurgias eletivas sem implantes; e cirurgias eletivas com implantes (órteses, próteses e materiais especiais). Esses dados subsidiaram a proposta de regras relativas aos tempos máximos de atendimento. Depois de apresentada à Câmara de Saúde Suplementar, a proposta de RN ficou em Consulta Pública de 3/2/2011 a 2/3/2011. As contribuições resultaram na RN nº 259, de 2011, que traz dois principais objetivos: garantir que o beneficiário tenha acesso a tudo o que contratou no tempo estabelecido pela norma e estimular as operadoras de planos de saúde a promover o credenciamento de prestadores de serviços nos municípios que fazem parte de sua área de cobertura.

A RN visa que os beneficiários tenham acesso aos serviços e aos procedimentos definidos no plano, no município onde os demandar ou nas localidades vizinhas, desde que sejam integrantes da área geográfica de abrangência e de atuação do plano. Para isso, a operadora deve oferecer pelo menos um serviço ou profissional em cada área contratada, que podem não ser os de escolha do beneficiário, já que, por vezes, o profissional de escolha pode estar utilizando sua capacidade máxima de atendimento. Isso se dá porque a ANS não pode interferir na capacidade de atendimento dos prestadores, mas apenas regular para que haja no mínimo uma alternativa para o atendimento ao beneficiário.

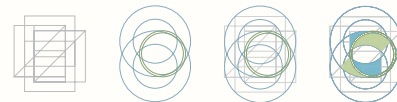
Nos casos de ausência de rede assistencial, a operadora deverá garantir o atendimento em prestador não credenciado no mesmo município, ou o transporte do beneficiário até um prestador credenciado, assim como seu retorno à localidade de origem. Nesses casos, os custos de deslocamento serão pagos pela operadora. Em municípios onde não houver prestadores para credenciamento, a operadora poderá oferecer rede assistencial nos municípios vizinhos.

Casos de urgência e emergência têm tratamento específico, e a operadora deverá oferecer o atendimento independentemente do município onde foi demandado, ou se responsabilizar pelo transporte do beneficiário até o seu credenciado. A garantia de transporte estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, de maiores de 60 (sessenta) anos, de pessoas portadoras de deficiência e de pessoas com necessidades especiais, mediante declaração médica que a comprove. Estende-se também aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Se a operadora não oferecer as alternativas para o atendimento, deverá reembolsar os custos assumidos pelo beneficiário, em até 30 (trinta) dias. Para os planos de saúde que não possuem alternativa de reembolso com valores definidos contratualmente, o reembolso de despesas deverá ser integral.

Posteriormente, a RN nº 268, de 2011, fez ajustes na RN nº 259, trazendo maior clareza, eficiência e segurança jurídica ao cumprimento da norma. Os principais ajustes foram:

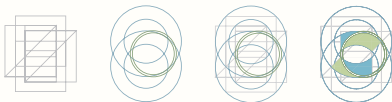
- l) Detalhar quando a operadora de plano de saúde será obrigada a garantir transporte, na falta:



de oferta de rede credenciada no município e nos municípios limítrofes; e de prestadores de serviço, inclusive de urgência e emergência, integrantes ou não da rede assistencial, no município, nos municípios limítrofes ou na região de saúde à qual pertence o município demandado; II) Destacar os critérios de reembolso de serviços e procedimentos dos produtos com a opção de acesso por livre escolha, respeitando os limites previstos contratualmente; III) Inserir medidas administrativas para os casos de descumprimento reiterado da norma. Além das penalidades já previstas na regulamentação em vigor, foram acrescentadas: suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos de saúde; decretação do regime especial de direção técnica, incluindo a possibilidade de afastamento dos dirigentes da operadora.

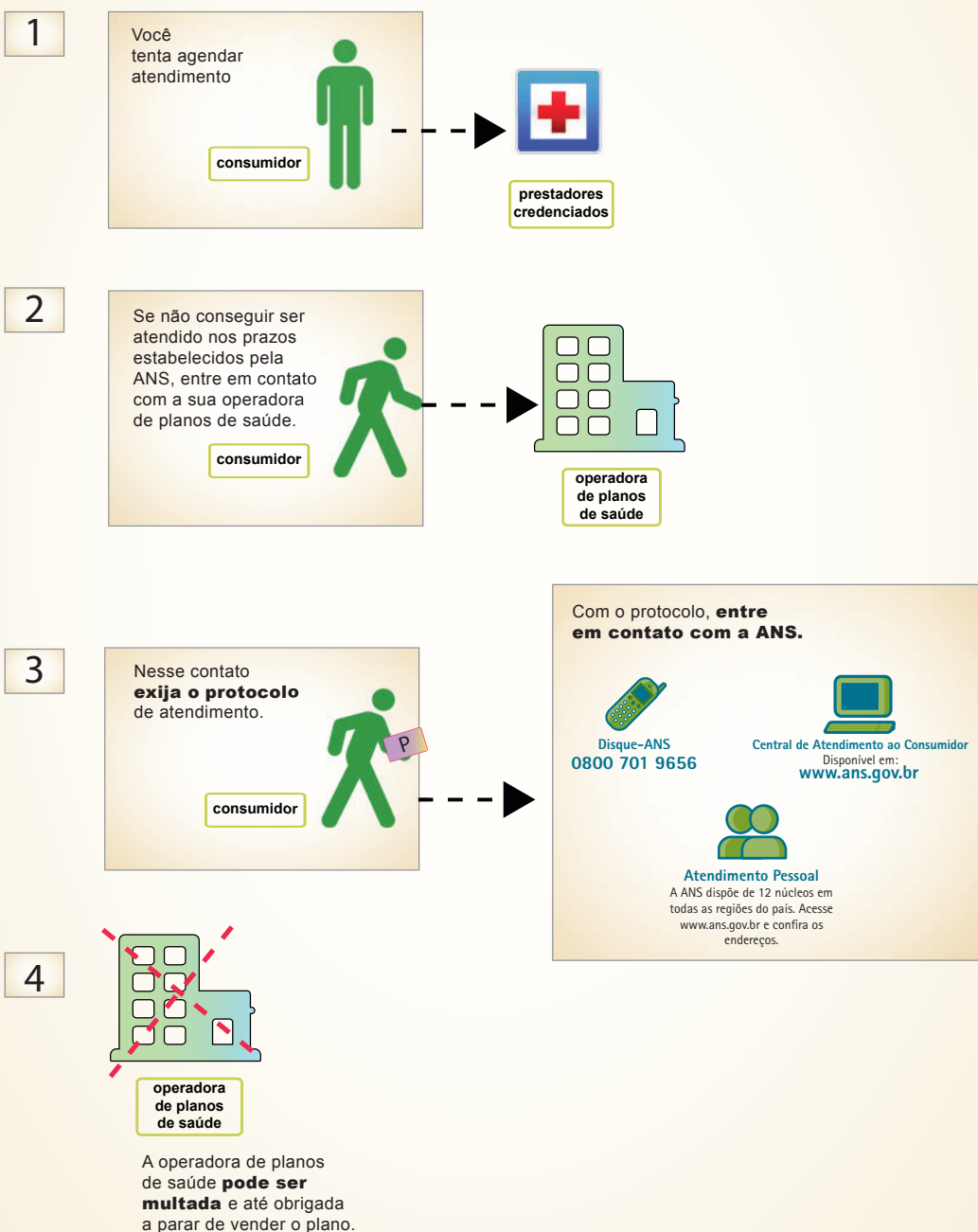
Os prazos máximos de atendimento previstos na RN nº 259, de 2011, estão no quadro a seguir:

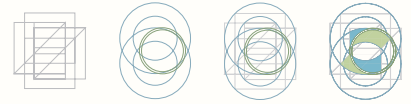
Serviços	Prazo Máximo (dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (catorze)
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/sessão com fisioterapia	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07 (dez)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade - PAC	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	a critério do profissional responsável pelo atendimento



A ANS também divulgou, em seu portal na internet, um conjunto de municípios (mapas e listagem), denominado Regiões de Saúde, para estabelecimento dos espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes.

O que você deve fazer se não conseguir agendar atendimento pelo plano de saúde nos prazos estabelecidos pela ANS?





Monitoramento dos prazos de atendimento:

O acompanhamento das operadoras é permanente e contínuo, e a divulgação dos relatórios dos resultados do acompanhamento e das medidas tomadas é feita a cada trimestre. Além de tomar conhecimento do descumprimento dos prazos por meio de denúncias da sociedade, a ANS fará o acompanhamento pelos seus sistemas de informações.

As operadoras de planos de saúde que não cumprirem os prazos definidos pela ANS estarão sujeitas a multas de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) ou de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para situações de urgência e emergência. Em casos de descumprimento reiterado, as operadoras poderão sofrer medidas administrativas, como a suspensão da comercialização de parte ou da totalidade dos seus planos de saúde e a decretação do regime especial de direção técnica, incluindo a possibilidade de afastamento dos seus dirigentes. Se for constatada a comercialização de plano suspenso, além da imposição de multa de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais), a ANS poderá tomar as demais medidas administrativas previstas na regulamentação. No período de avaliação subsequente, se a operadora apresentar melhora no seu resultado quando comparado ao resultado do período anterior, o produto poderá voltar a ser comercializado.

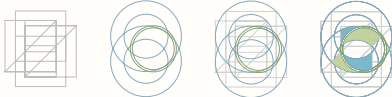
Os critérios para suspensão da comercialização dos planos são: o número de reclamações relacionadas à garantia de atendimento e a média dos beneficiários da operadora no período de avaliação. As operadoras que obtiverem resultado acima do ponto de corte estabelecido a partir dos dados do setor receberão, em cada avaliação trimestral, uma pontuação de 0 a 4. Aquelas que apresentarem a soma de 6 a 8 pontos em dois períodos de avaliação subsequentes, sendo a pontuação do segundo período igual ou maior que a pontuação do período anterior, poderão ser impedidas de comercializar os produtos reclamados.

Os beneficiários de planos de saúde recebem orientação para, no caso de não conseguirem agendar o atendimento até a data máxima prevista, tanto com profissionais quanto com estabelecimentos de saúde credenciados pelo plano, entrarem em contato com a operadora do plano para cobrar uma solução para o atendimento solicitado. Se a operadora não oferecer solução para o caso, o beneficiário deverá, tendo em mão o número do protocolo, fazer a denúncia à ANS, por meio de um dos canais de atendimento.

Os relatórios de acompanhamento dos prazos de atendimento, contendo a relação das operadoras com planos cuja comercialização foi suspensa e as com planos cuja comercialização foi reativada, foram divulgados no portal da ANS. A seguir, a síntese dos relatórios elaborados até setembro de 2012.

1º Relatório de monitoramento

Em abril de 2012, a ANS divulgou o primeiro resultado do acompanhamento da garantia dos prazos máximos de atendimento para consultas, exames e cirurgias, estabelecidos pela RN, que entrou em vigor em 19 de dezembro de 2011. No primeiro trimestre de 2012, de 19/12/2011 a 18/3/2012, a ANS recebeu 2.981 Notificações de Investigação Preliminar (NIPs) sobre garantia de atendimento.



Das 1.016 operadoras médico-hospitalares, 193 tiveram pelo menos uma reclamação e das 370 operadoras odontológicas, sete tiveram pelo menos uma reclamação de não cumprimento dos prazos máximos estabelecidos.

As operadoras de planos de saúde são avaliadas de acordo com dois critérios: comparando-as entre si, dentro do mesmo segmento e porte; e avaliando evolutivamente seus próprios resultados. Segundo esses critérios, de dezembro de 2011 a março de 2012, 96 operadoras médico-hospitalares (sendo 27 de grande porte, 45 de médio porte e 24 de pequeno porte) e quatro operadoras odontológicas (sendo duas de grande porte, uma de médio porte e uma de pequeno porte) ficaram acima da mediana de reclamações.

2º Relatório de monitoramento

Em julho de 2012, a ANS divulgou o 2º Relatório do monitoramento do cumprimento dos prazos de atendimento referente ao período de 19/3/2012 a 18/6/2012. Foram feitas 4.682 reclamações por beneficiários de planos de saúde, referentes ao não cumprimento dos prazos máximos estabelecidos.

Das 1.016 operadoras médico-hospitalares existentes, 162 receberam pelo menos uma queixa. Dessas, 82 ficaram acima da mediana de reclamações, considerando o porte e o tipo de atenção prestada. Entre as 370 operadoras odontológicas existentes, duas receberam queixas.

Nesse acompanhamento, foi constatado que 105 operadoras médico-hospitalares apresentaram reclamações nos dois períodos de avaliação, e, dessas, 40 encaixaram-se no critério para a suspensão da comercialização dos produtos.

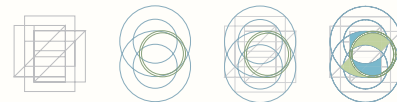
Por conta dos resultados do monitoramento, a ANS suspendeu a comercialização de 268 planos de saúde de 37 operadoras. Essas entraram nos critérios estabelecidos para a suspensão dos produtos, já que foram reincidentes no item “não cumprimento dos prazos máximos de atendimento para consultas, exames e cirurgias”.

Os beneficiários dos planos cuja comercialização for suspensa não serão prejudicados, já que a condição para que o plano volte a ser comercializado implica a adequação, por parte da operadora, do acesso dos beneficiários à rede contratada, medida que favorece aqueles que já participam do plano.

3º Relatório de monitoramento

Em outubro de 2012, a ANS suspendeu a comercialização de 301 planos de saúde de 38 operadoras até dezembro de 2012. Entre esses, 221 planos de 29 operadoras permaneceram com a comercialização suspensa desde julho de 2012. Somaram-se a eles 80 novos planos e nove operadoras. A suspensão dos 301 planos deu-se com base na avaliação feita no período de 19/6/2012 a 18/9/2012.

Nesse trimestre, foram feitas 10.144 reclamações pelos beneficiários de planos de saúde referentes ao não cumprimento dos prazos máximos estabelecidos. Das 1.006 operadoras médico-hospitalares existentes, 241 receberam pelo menos uma queixa. Dessas, 38 encaixaram-se na maior faixa (nota



4) nos últimos dois períodos de avaliação, ou seja, com indicador de reclamações 75% acima da mediana, considerando o porte e o tipo de atenção prestada.

Das 37 operadoras que tiveram planos com comercialização suspensa em julho de 2012, oito voltaram a comercializar seus produtos, já que conseguiram readequar o acesso dos beneficiários à rede contratada. Dos planos suspensos em julho, 45 voltaram a ser comercializados.

Síntese do monitoramento realizado pela ANS entre 19 de dezembro de 2011 e 18 de setembro de 2012:

Período	Total de reclamações	Operadoras médico-hospitalares com reclamações	Operadoras odontológicas com reclamações	Operadoras com planos suspensos	Planos suspensos
19/12/2011 a 18/3/2012	2.981	191	14	0	0
19/3/2012 a 18/06/2012	4.682	162	02	37	268
19/6/2012 a 18/9/2012	10.144	233	08	38	301

•Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 – Aposentados e Demitidos. Consulta Pública nº 41, de abril de 2011; Resolução Normativa nº 279, de novembro de 2011; e Resolução Normativa nº 287, de fevereiro de 2012.

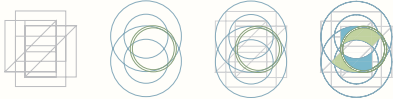
Os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 tratam da continuidade da cobertura de plano de saúde de trabalhadores demitidos sem justa causa e aposentados. A regulamentação sobre o tema foi necessária para atender às necessidades do setor e para melhor desempenho da regulação. Entre os pontos omissos ou controvertidos que necessitavam de definição para assegurar as garantias previstas destacaram-se:

I) a definição de “contribuição” prevista no § 6º, do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998, que torna os beneficiários demitidos ou aposentados elegíveis às garantias dos artigos 30 e 31, da mesma Lei;

II) a definição da expressão “mesmas condições de cobertura assistencial” prevista no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

III) as condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador nos planos durante o gozo dos benefícios assegurados nos referidos artigos;

IV) a garantia de oferecimento do benefício previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998, ao beneficiário aposentado que continua trabalhando na mesma empresa;



V) o pagamento da mensalidade dos demitidos ou aposentados nos planos em pós-pagamento;
VI) a aplicabilidade dos artigos 30 e 31 aos planos anteriores à Lei.

VII) a contagem do tempo de contribuição para fins do disposto nos artigos 30 e 31 não depende de o empregador permanecer com a mesma operadora ao longo do tempo; e

VIII) as condições de portabilidade de carências para os demitidos ou aposentados após o término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida nos artigos 30 e 31 da mesma Lei.

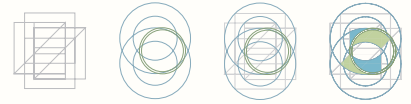
A proposta de regulamentação foi amplamente discutida. Teve início em julho de 2010, com a 1ª reunião da Câmara Técnica de Regulamentação dos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998. Estavam presentes representações das operadoras de planos de saúde, dos trabalhadores organizados e dos consumidores.

Depois do envio das propostas, foi realizada a 2ª reunião da Câmara Técnica que discutiu propostas sobre os seguintes temas: I) definição de “contribuição”; II) definição de “mesmas condições de cobertura”; III) aplicabilidade aos planos antigos; IV) condições de reajuste; V) situação dos aposentados; VI) contagem do tempo de contribuição; VII) pagamento de mensalidades; VIII) contratação no mercado de plano para inativos; IX) definição da expressão “novo emprego”; X) comunicação ao beneficiário; XI) portabilidade; e XII) impacto financeiro da proposta. Participaram dessa 2ª reunião as seguintes representações: dos Ministérios da Fazenda e da Saúde; das operadoras de planos de saúde; das empresas contratantes de planos de saúde; dos trabalhadores organizados e dos consumidores.

As contribuições foram valiosas e demonstraram que a Câmara Técnica tinha percebido que um dos maiores desafios era compreender que o perfil demográfico do país está mudando, que nos próximos 10 anos conjectura-se que a população idosa vá duplicar e que só havia duas opções: ou criar regras claras para a manutenção dos planos de saúde para aposentados e demitidos sem justa causa, ou ignorá-los.

A 3ª reunião da Câmara Técnica aconteceu em setembro de 2010. Nela, as discussões focaram os seguintes temas: I) pagamento da mensalidade pelos inativos e faculdade de cobrança da mensalidade diretamente ao beneficiário inativo; II) obrigatoriedade de inclusão de todo o grupo familiar no benefício dos artigos 30 e 31; III) inclusão de novo cônjuge ou filhos nos planos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98; IV) contribuição somente para os dependentes garante o benefício dos artigos 30 e 31; V) aplicação da Resolução CONSU nº 19, de 1999, somente no momento do cancelamento do benefício, mas não por ocasião da mudança de operadora; e VI) possibilidade de contagem do tempo de contribuição do empregado que trabalhou em várias empresas de um mesmo grupo econômico para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

A 4ª e última reunião ocorreu em outubro de 2010. Foi apresentada a proposta da ANS para as diversas questões em discussão, entre as quais, os conceitos para “contribuição”, “mesmas condições de cobertura assistencial” e “novo emprego”, termos fundamentais para o pleno entendimento dos



direitos e deveres de operadoras, beneficiários e empregadores.

As conclusões da Câmara Técnica foram apresentadas para a Câmara de Saúde Suplementar e seguiram para Consulta Pública, que ficou aberta por 60 dias, no período de 19/4/2011 a 21/6/2011. A proposta foi divulgada em vários seminários e encontros realizados pela ANS e por outras entidades. Também foi apresentada pela ANS e discutida pelos parlamentares da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal, em Audiência Pública, no dia 1º/11/2011. Após a Consulta Pública, a Agência publicou a Resolução Normativa nº 279, de 2011, que assegura, aos demitidos e aposentados, a manutenção do plano de saúde empresarial com cobertura idêntica à vigente durante o contrato de trabalho.

Para ter direito ao benefício, o ex-empregado deve ter sido demitido sem justa causa e contribuído com o pagamento do plano de saúde. Pela norma, os empregados demitidos poderão permanecer no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que foram beneficiários dentro da empresa, respeitando o limite mínimo de seis meses e o limite máximo de dois anos.

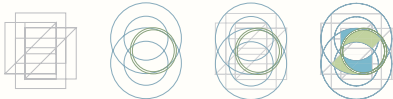
Já os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem. Quando o período for inferior a esse, cada ano de contribuição dará direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria. A empresa poderá manter os aposentados e os demitidos no mesmo plano dos ativos, ou fazer uma contratação exclusiva para eles. Se a empresa preferir colocar todos no mesmo plano, o reajuste será o mesmo para empregados ativos, demitidos e aposentados. No caso de planos específicos em separado para aposentados e demitidos, o cálculo do percentual de reajuste tomará como base todos os planos de ex-empregados na carteira da operadora. O objetivo é diluir o risco e obter reajustes menores.

A RN prevê também a portabilidade especial. Essa poderá ser exercida pelo beneficiário demitido ou aposentado durante ou depois de terminado o seu contrato de trabalho. Com a portabilidade, o beneficiário poderá migrar para um plano individual ou coletivo, por adesão, sem ter de cumprir novas carências.

• **Acompanhamento do acesso e da dispersão da rede assistencial. Consulta Pública nº 45, de agosto de 2011, e Resolução Normativa nº 285, de dezembro de 2011.**

Para zelar pelo acesso à informação clara e objetiva dos serviços prestados pelas operadoras, a ANS criou um Grupo Técnico para estudo e apresentação de proposta de regras para a divulgação da rede assistencial das operadoras. Foi aberta a Consulta Pública nº 45, no período de 24/8/2011 a 22/9/2011, que resultou na RN nº 285, de 2011, sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos de saúde nos seus portais corporativos na internet.

A RN estabelece, para todas as operadoras de planos de saúde, independentemente do número de beneficiários (porte), a obrigatoriedade de divulgar, em seus portais corporativos, as informações de seus planos de saúde e respectivas redes credenciadas. Além dessa obrigação, comum a todas as operadoras, as exigências da RN levam em conta o porte e a capacidade das empresas de planos de saúde. As operadoras com número superior a 100.000 (cem mil) beneficiários deverão apresentar, no



mínimo, georreferenciamento, por meio de imagens ou mapas que indiquem a localização espacial geográfica de cada prestador de serviço de saúde, por meio de mapeamento geográfico dinâmico. As operadoras com número de beneficiários entre 20.000 (vinte mil) e 100.000 (cem mil) deverão adotar o mapeamento geográfico. As operadoras com até 20.000 (vinte mil) beneficiários não estão obrigadas a apresentar mapeamentos de localização da rede prestadora; no entanto, devem divulgar, em seus portais corporativos, informações sobre os planos e respectivas redes credenciadas.

Em relação aos prestadores de serviços de saúde, a operadora deverá divulgar as seguintes informações: nome-fantasia do estabelecimento (pessoa jurídica) ou nome do profissional (pessoa física); tipo de estabelecimento; e principalmente a(s) especialidade(s) ou o serviço(s) contratado(s), de acordo com o contrato firmado, o endereço e número de telefones para contato. Nesse caso, os parâmetros sugeridos para que a informação seja disponibilizada são os seguintes: Unidade da Federação; município; bairro; logradouro; número; Código de Endereçamento Postal – CEP; e número de telefones.

• **Regulamentação dos princípios para a oferta de medicação de uso domiciliar.** Consulta Pública nº 49, de setembro de 2012, e Resolução Normativa nº 310, de outubro de 2012.

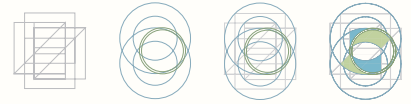
Na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de 2004, a assistência farmacêutica consiste em um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, que tem o medicamento como um insumo essencial e visa ao acesso ao seu uso racional.

A razão de a ANS discutir o tema da assistência farmacêutica é que se trata de um importante problema de saúde pública, já que grande parte dos medicamentos é provida pela compra direta dos usuários. Como há grande variação do poder de compra da população, determinada pelas desigualdades de renda no país, isso gera elevada desigualdade no acesso aos medicamentos, trazendo, como consequência, internações e dificuldades de tratamento. A situação agrava-se em se tratando de medicamentos de uso ambulatorial continuado, por exemplo, para o tratamento de doenças crônicas, muitas vezes com duração por toda a vida, tornando-se inacessível para parte significativa da população, tanto pelo alto custo do medicamento como do tratamento.

No âmbito da Saúde Suplementar, a cobertura de medicamentos é regulamentada pela Lei nº 9.656, de 1998, que prevê a obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos, conforme prescrição do médico assistente, administrado durante o período de internação hospitalar, o que significa que, durante a internação, qualquer medicamento prescrito pelo médico assistente deve ser coberto.

Assim, o setor é composto por três situações: da internação, que está totalmente contemplado pela Lei; do tratamento domiciliar, porque a mesma lei faculta a exclusão de cobertura para medicamentos de tratamento domiciliar; e da medicação ambulatorial.

Para a ANS, o estímulo às operadoras para que ofereçam produtos que contemplem a assistência



farmacêutica pode proporcionar um impacto positivo na assistência do beneficiário, evitando a hospitalização e o agravamento de doenças. Com esse desafio a enfrentar, foi criado, em setembro de 2011, o Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica, composto por órgãos de defesa do consumidor, operadoras de planos de saúde e representantes de beneficiários, profissionais da área da saúde, da indústria farmacêutica e de empresas contratantes de planos de saúde. O objetivo da norma a ser proposta foi reduzir o sub-tratamento das patologias de maior prevalência na população (diabetes mellitus, asma brônquica, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, hipertensão arterial, insuficiência coronariana e insuficiência cardíaca congestiva), bem como esclarecer de que forma se dará essa oferta. Após a 3ª reunião, a proposta foi encaminhada para Consulta Pública, que ficou aberta de 4/9/2012 a 6/10/2012. Da Consulta Pública resultou a RN nº 310, de outubro de 2012, apresentada na 4ª reunião do Grupo Técnico. A norma dispõe sobre os princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

- **Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação para reavaliar os critérios estabelecidos pela Resolução CONSU nº 8, de 1998.**

A Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 8 –, de 1998, foi um dos primeiros atos de regulação voltados para as atividades do setor, editado antes mesmo da criação da ANS, estando em vigor até hoje.

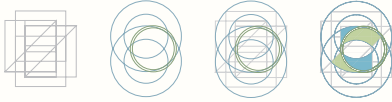
Conforme constatação da ANS, a Resolução CONSU nº 8 apresenta lacunas e, por isso mesmo, precisa ser revista, por conta de uma série de dificuldades, tanto por parte das operadoras, quanto dos beneficiários e até mesmo da ANS, em monitorar o setor com relação aos mecanismos de franquia e coparticipação.

Para discutir e propor o aperfeiçoamento da Resolução CONSU nº 8, foi criada a Câmara Técnica dos Mecanismos de Regulação, reunida pela primeira vez em julho de 2012, com o objetivo de atualizar as regras para a adoção e a utilização desses mecanismos de regulação. O objetivo da ANS é torná-las mais claras para evitar problemas para consumidores e operadoras, bem como minimizar a judicialização dessa questão.

3.1.2 – Demais Ações Relativas à Garantia de Acesso Assistencial

- **Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Consulta Pública nº 40, de abril de 2011; Resolução Normativa nº 262, de agosto de 2011; e Resolução Normativa nº 281, de dezembro de 2011.**

A ANS define a lista de consultas, atendimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória nos planos de saúde. Essa lista, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, é a referência de cobertura mínima obrigatória para cada segmentação de planos de saúde (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, e plano referência), contratados pelos consumidores a partir de 1º de janeiro de 1999. Assim, o rol define, para cada procedimento, as segmentações de planos de saúde que devem ou não cobri-lo, bem como a cobertura obrigatória para odontologia, para os procedimentos classificados como de alta complexidade e para cirurgias.



O primeiro Rol de Procedimentos foi estabelecido pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 10, de 1998; atualizado pela ANS em 2001, com a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 67, de 2001; novamente revisto em 2004, em 2008 e em 2010, pelas RNs nº 82, 167 e 211, respectivamente; e em 2011, pelas RNs nº 262 e nº 281.

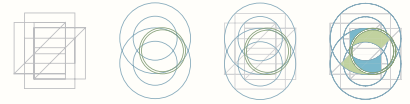
A revisão do Rol de Procedimentos conta com o apoio de um Grupo Técnico, formado por representantes de órgãos de defesa do consumidor, prestadores, operadoras de planos de saúde, conselhos e associações profissionais, entre outras entidades. Os princípios norteadores das revisões são as avaliações de segurança e efetividade dos procedimentos, a disponibilidade de rede prestadora, o alinhamento com as políticas traçadas pelo Ministério da Saúde e o impacto econômico sobre o conjunto de beneficiários de planos de saúde. A proposta final é submetida a uma Consulta Pública, disponibilizada no portal da ANS na internet, para receber comentários, críticas e sugestões.

Em junho de 2010, entrou em vigor a RN nº 211, que ampliou o atendimento ao regulamentar a cobertura aos acidentes de trabalho e aos procedimentos de saúde ocupacional pelos planos coletivos. Também determinou a cobertura integral nos casos em que as operadoras ofereçam internação domiciliar como alternativa à internação hospitalar, independentemente de previsão contratual. Nesses casos, a operadora passou a ter que cobrir medicamentos e todos os materiais necessários. Se a atenção domiciliar não substituir a internação, a cobertura ficará condicionada ao contrato. A atenção à saúde mental teve importante ganho: o fim da limitação de 180 dias de atendimento em hospital-dia para a saúde mental, reforçando a política de substituição das internações psiquiátricas. No total, foram 70 novos procedimentos médicos e odontológicos.

Foi ampliado também o número de diretrizes de utilização (critérios que devem ser preenchidos para que a cobertura seja obrigatória) e feita a incorporação de diretrizes clínicas (guias de orientação da prática clínica, baseadas nas melhores evidências disponíveis), produzidas pela Associação Médica Brasileira. Esse trabalho foi fruto de convênio de cooperação técnica, feito em 2009, entre a ANS, a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Nacional dos Hospitais Particulares (ANAHP). O trabalho gerou, em 2010, a 1ª Oficina de Treinamento e Monitoramento das Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar, que reuniu prestadores de serviços hospitalares e operadoras para promover a disseminação das diretrizes.

Além disso, foram divulgadas as seguintes publicações, elaboradas pela ANS, pela AMB e pelo CFM, disponíveis no portal da ANS: A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil, em 2009; O processo de elaboração, validação e implementação das diretrizes clínicas na Saúde Suplementar no Brasil, em 2009; e Nova metodologia para construção das Diretrizes de Utilização, em 2011.

A partir da vigência do Rol de Procedimentos para 2010-2011, o Grupo Técnico do Rol de Procedimentos começou as discussões para a elaboração do Rol de Procedimentos que entraria em vigor em 2012. Essas reuniões foram de extrema importância para o processo, pois, além de



conferirem transparência e legitimação, permitiram a troca de conhecimentos e experiências entre os integrantes do setor.

Em 2011, a proposta de RN, com essa nova revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, foi submetida à Consulta Pública, para receber contribuições de consumidores, operadoras, gestores, prestadores de serviços, enfim, a sociedade em geral. Foram recebidas 6.522 contribuições, sendo 70% diretamente de consumidores. O resultado do processo foi a publicação da RN nº 262, de agosto de 2011, e da RN nº 281, de dezembro de 2011, ambas em vigor a partir de 1º de janeiro de 2012.

Para facilitar a busca por parte do consumidor, no portal da ANS foi incluída uma ferramenta que permite consultar todas as coberturas mínimas previstas no Rol de Procedimentos. Ao acessar o portal e depois informar o tipo de cobertura do seu plano, o consumidor deve buscar o procedimento que deseja e, assim, vai saber se esse faz parte da cobertura. Para facilitar a pesquisa, o buscador incluiu sinônimos de diversos procedimentos, em linguagem leiga, e sua correspondência com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).

DISQUE ANS 0800 701 9856 | CENTRAL DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR | BOLETIM ANS

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar | A agência reguladora de planos de saúde do Brasil

busca no site da ANS

Busca avançada

Principal | Acesso à Informação | A ANS | Planos de Saúde e Operadoras | Legislação | Participação da Sociedade | Imprensa

Você está em: Planos de Saúde e Operadoras > Espaço do Consumidor

Contratação e Troca de Plano
Informações e Avaliações de Operadoras
Espaço do Consumidor
— O que o seu plano deve cobrir
— Reajustes de preços de planos de saúde
— Central de Atendimento ao Consumidor
Espaço de Operadora
Espaço do Prestador

Verificar cobertura de plano

Cheque aqui se um determinado procedimento faz parte da cobertura mínima que seu plano de saúde é obrigado a cobrir.

Preencha os dados abaixo: (preenchimento obrigatório)

Segmentação | Procedimento | Cobertura

O que está coberto pelo seu plano de saúde:
Selecione quais das características abaixo estão cobertas pelo seu plano de saúde:

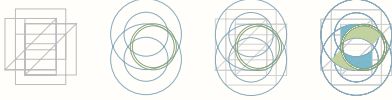
Consulta/Exames Internação
 Parto Odontologia

Continuar

•Entendimento sobre condição de dependente de titular de plano privado de saúde. Súmula Normativa nº 12/Diretoria Colegiada, de maio de 2010.

Em 2010, a ANS publicou a Súmula Normativa nº 12, estabelecendo que, para fins de aplicação à legislação de saúde suplementar, entende-se por “companheiro de beneficiário titular de plano privado de assistência à saúde” tanto a pessoa do sexo oposto quanto a do mesmo sexo do beneficiário.

A decisão leva em consideração conceitos do Código Civil Brasileiro e da Constituição Federal, que, em seu art. 3º dispõe, entre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: “IV



– promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

As disposições legais e constitucionais que protegem a união estável entre homem e mulher aplicam-se, por analogia, à união estável homossexual. Sendo assim, serão observados os mesmos requisitos para admissão, na qualidade de dependente, de companheiro ou companheira que comprove união estável com o titular do plano. Caberá às operadoras de planos de saúde a definição da forma de comprovação a ser apresentada pelos interessados.

• **Entendimento sobre remissão de contratos. Súmula Normativa nº 13/ Diretoria Colegiada, de novembro de 2010.**

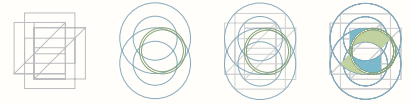
Em 2010, a ANS publicou entendimento sobre a situação de dependentes em planos de saúde após a morte do titular do contrato. É comum constar, de alguns contratos, tanto os anteriores quanto os posteriores à regulamentação do setor, cláusulas sobre remissão, que é a continuidade do atendimento aos dependentes após a morte do titular, por períodos que variam de três a cinco anos, sem cobrança de mensalidades. Passado esse prazo, algumas operadoras cancelam o plano, e os dependentes perdem a assistência.

Para impedir o cancelamento do contrato, a Súmula Normativa dá o entendimento de que o término do período de remissão não extingue o contrato de plano familiar. Ou seja, os dependentes assumem o pagamento das mensalidades e têm garantido o direito de manutenção do plano nas mesmas condições contratuais. A extinção desses contratos passou a ser considerada infração, passível de multa.

• **Entendimento sobre políticas de comercialização restritivas. Súmula Normativa nº 19 / Diretoria Colegiada, de julho de 2011.**

Em 2011, a ANS publicou a Súmula Normativa nº 19, com o entendimento sobre a comercialização de planos de saúde. Segundo a súmula, a comercialização de planos, tanto na venda direta, como na mediada por terceiros, não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso ou o ingresso de beneficiários em razão da idade, da condição de saúde ou por portar deficiência, inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a esses consumidores. As operadoras que adotarem a prática estarão em desacordo com as regras que regem o Estatuto do Idoso e com a RN nº 124, de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Em síntese, a Súmula Normativa nº 19 estabelece o seguinte entendimento: 1 - A comercialização de planos privados de assistência à saúde por parte das operadoras, tanto na venda direta quanto na mediada por terceiros, não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso ou ingresso de beneficiários em razão da idade, da condição de saúde ou por portar deficiência, inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a esses consumidores; 2 - Os locais de comercialização ou venda de planos privados de assistência à saúde por terceiros devem estar aptos a atender a todos os potenciais consumidores (ou beneficiários) que desejem aderir, sem qualquer tipo de restrição em razão da idade, da condição de saúde



ou por portar deficiência.

• **Entendimento sobre prazos de carência já cumpridos por beneficiários. Súmula Normativa nº 21 / Diretoria Colegiada, de agosto de 2011.**

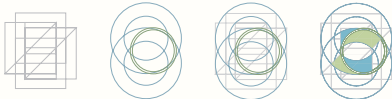
A Súmula Normativa nº 21, esclarece que devem ser considerados todos os prazos de carência já cumpridos pelos beneficiários que desejarem ingressar em um plano de categoria superior dentro da mesma operadora. Os prazos de carência já cumpridos não podem ser “recontados”, ou impostos novamente ao beneficiário no novo plano. Apenas pode ser exigido um novo prazo de carência para aquelas coberturas e serviços que não estavam previstos no contrato anterior, incluindo-se uma nova rede credenciada de prestadores e diferente padrão de acomodação em internações (quarto coletivo ou individual).

As novas carências devem obedecer à regra geral no artigo 12, V, b, da Lei nº 9.656, de 1998, que prevê o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, e devem ser comunicadas previamente ao consumidor, pela operadora. Caso o consumidor preencha os requisitos da Portabilidade de Carências (RN nº 252, de 2011) e da Adaptação e Migração (RN nº 254, de 2011), na troca de plano estará isento de quaisquer carências, inclusive para novos serviços e coberturas.

Em síntese, a Súmula Normativa nº 21 estabelece o seguinte entendimento: 1- Na celebração de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou no ingresso em plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ou por adesão, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência, vedada pelo inciso I do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998. 2- Nessa hipótese, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do inciso V do art. 12 da mesma Lei, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde, acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário e que esse não tenha direito à aplicação das regras da portabilidade, da adaptação ou da migração previstas nas Resoluções Normativas de nº 186, de 2009, e nº 254, de 2011, respectivamente.

• **Entendimento sobre cobertura relacionada com a saúde ocupacional. Súmula Normativa nº 15 / Diretoria Colegiada, de abril de 2011.**

A Súmula Normativa nº 15 estabelece o seguinte entendimento: 1- Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde, de 1999. 2 - Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória, a ser garantida pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, a realização dos exames médicos admissional,



periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.

• **Entendimento sobre limitação de número de exames para beneficiários de planos de saúde. Súmula Normativa nº 16 / Diretoria Colegiada, de abril de 2011.**

A adoção do entendimento deu-se a partir de denúncias feitas por profissionais e entidades médicas sobre a existência de bonificação para os prestadores de serviços de saúde que solicitassem o menor número possível de exames. Com a finalidade de impedir essa prática, a ANS publicou essa Súmula Normativa, que esclarece a proibição da restrição de número de exames que o prestador pode solicitar. Além de essa prática caracterizar uma restrição à atividade do profissional, ela pode gerar dificuldades de acesso dos pacientes ao tratamento adequado. Tal conduta é considerada Restrição da Atividade do Prestador, com pena prevista no artigo 42 da RN nº 124, de 2006: “restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do prestador de serviço: Sanção – advertência; Multa de R\$ 35.000,00”. Além disso, a prática de bonificação a profissionais em função da quantidade de exames solicitados é contrária ao Código de Ética Médica.

Em síntese, a Súmula Normativa nº 16 esclarece que é vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde adotar e/ou utilizar mecanismos de regulação baseados meramente em parâmetros estatísticos de produtividade os quais impliquem inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços de saúde.

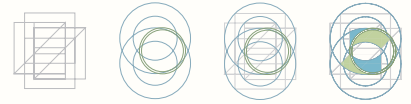
• **Entendimento sobre cobertura relacionada ao parto. Súmula Normativa nº 25 / Diretoria Colegiada, de setembro de 2012.**

A Súmula Normativa 25 apresenta entendimentos sobre as seguintes questões: cobertura assistencial do parto, cobertura de atendimento de urgência relacionada ao parto; inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, ou sob guarda ou tutela; inscrição do menor adotado, sob guarda ou tutela, ou cuja paternidade foi reconhecida, e do aproveitamento de carência; prazos de carência e de cobertura assistencial do recém-nascido; e demais entendimentos complementares.

• **Obrigatoriedade de prestação de informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização dos procedimentos solicitados pelo médico assistente. Consulta Pública nº 51, de setembro de 2012.**

A Consulta Pública nº 51, aberta no período de 27/9/2012 a 26/10/2012, dispõe sobre a regulamentação da prestação de informação sobre as negativas de autorização para procedimentos médicos, como exames, consultas e cirurgias, que deverão ser feitas por escrito pelas operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas pelo beneficiário. O objetivo é regulamentar a prestação de informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização dos procedimentos solicitados pelo médico assistente. O tema também reflete uma preocupação demonstrada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) à ANS.

Conforme a proposta, as operadoras de planos de saúde deverão informar ao beneficiário, em linguagem clara e adequada, e no prazo máximo de 48 horas, o motivo da ausência de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique. A resposta



da operadora deverá ser dada por correspondência ou por meio eletrônico, conforme escolha do beneficiário. Nos casos de urgência e emergência, a comunicação deverá ser imediata. Dessa forma, quando um beneficiário faz uma solicitação, a operadora tem prazos máximos para liberar ou negar aquele pedido, dando as informações pertinentes. Se a operadora deixar de informar por escrito os motivos da negativa de cobertura previstos em lei, sempre que solicitado pelo beneficiário, serão aplicadas sanções. Após a Consulta Pública será publicada a RN sobre o tema.

3.2 - INCENTIVO À QUALIDADE ASSISTENCIAL

De 2010 a 2012, as iniciativas da ANS priorizaram também o incentivo à qualidade assistencial. Nessa linha, foram criados incentivos para participação em programas de envelhecimento ativo e de promoção da saúde; formulação e implementação do plano de recuperação assistencial e regulamentação da direção técnica; criação e implementação do Programa de Acreditação de operadoras; criação e implementação do Programa de Qualificação da Rede dos Prestadores de Serviços (QUALISS Divulgação); o estabelecimento do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços (QUALISS Indicadores); e, a divulgação e aperfeiçoamento do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. As principais iniciativas estão descritas a seguir.

3.2.1 - Ações Previstas na Agenda Regulatória 2011-2012

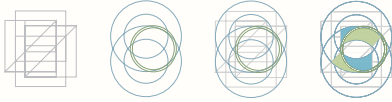
• **Incentivos para participação em programas de Envelhecimento Ativo.** Consulta Pública nº 42, de maio de 2011; Resolução Normativa nº 265, de agosto de 2011; e Instrução Normativa nº 36, de agosto de 2011.

A implementação de políticas públicas e regulatórias para idosos é uma necessidade apontada pela mudança na estrutura etária da população brasileira. O setor de saúde suplementar também se depara com o desafio de reorganizar um modelo de assistência voltado para o cuidado integrado das condições crônicas e melhoria da saúde, neste momento de acelerado envelhecimento populacional.

O aumento da expectativa de vida da população é um processo global. No Brasil, atualmente é de 73 anos, e daqui a 40 anos deverá chegar aos 81 anos, número que hoje pertence a países desenvolvidos. Com a diminuição da fecundidade e da mortalidade, consequência do desenvolvimento do país e da melhoria das condições de vida, o número de idosos cresceu e hoje representa 10% da população brasileira, mas vai praticamente triplicar até 2050. Em 2010, 11% do total de beneficiários de planos de saúde estavam na faixa acima de 60 anos.

Em novembro de 2010, a ANS realizou o Seminário Desafios Assistenciais e Econômico-Financeiros do Envelhecimento Populacional na Saúde Suplementar, para iniciar a discussão sobre a assistência ao idoso.

Como um dos subsídios para a formulação de propostas, a Agência publicou estudo, elaborado por seus técnicos, sobre Experiências de Financiamento da Saúde dos Idosos em Países Selecionados. A publicação apresenta o resumo da experiência de alguns países em relação ao financiamento da



assistência à saúde para a população idosa e aponta, ainda, as principais políticas voltadas para atender às demandas de saúde dos idosos na experiência internacional, incluindo a perspectiva das políticas intersetoriais, tanto no âmbito do governo, quanto das práticas do setor privado. Além da contextualização do envelhecimento populacional no Brasil e em outros países, o relatório possibilita a comparação entre as experiências analisadas.

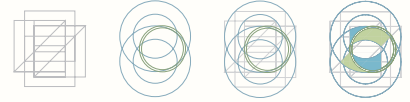
Para a elaboração da minuta de RN, foi criado um Grupo Técnico para discutir programas voltados para o envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, que envolvem ações de prevenção e de acesso a cuidados primários de saúde, que visam detectar e gerenciar precocemente as doenças crônicas. Essas doenças, associadas à idade avançada, são responsáveis pela maior parte das perdas da capacidade funcional dos indivíduos. Do Grupo Técnico participaram representantes de operadoras de planos de saúde, de órgãos de defesa do consumidor, de instituições de ensino e pesquisa, além de representações de sociedades de geriatria e gerontologia, e de entidades representativas do setor.

Do trabalho resultou a minuta de Resolução Normativa, que ficou em Consulta Pública de 16/5/2011 a 21/6/2011. A Consulta demonstrou a importância desse tema para a sociedade. Durante as primeiras sete horas de sua divulgação, no portal da ANS, um questionário voltado para o consumidor recebeu cerca de três mil contribuições, ou seja, quase 1.000% superior à média das consultas públicas anteriores, durante o mesmo espaço de tempo. No total (questionário e Consulta Pública), foram mais de 14 mil contribuições, sendo 70% encaminhadas por beneficiários de planos de saúde. Essa foi a maior participação de consumidores em uma Consulta Pública da ANS, demonstrando a importância que as pessoas atribuem à questão.

Da Consulta Pública resultou a publicação da RN nº 265, de agosto de 2011, que estabeleceu a criação de incentivos para a participação dos beneficiários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo. Em conjunto com a Resolução Normativa nº 264, de 2011, a seguir, as normas trouxeram uma mudança importante de concepção: o objetivo de um sistema de saúde não deve ser somente o tratamento de doenças, mas também a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Pela primeira vez, buscou-se alinhar incentivos econômicos com o objetivo de promoção de saúde.

Com as novas regras, o beneficiário que aderir aos programas poderá ter uma bonificação da mensalidade, sem discriminação por idade ou doença preexistente, e sem vinculação a resultados alcançados. O programa é extensivo aos planos de saúde individuais (ou familiares) e coletivos, empresariais ou por adesão. A formatação é individualizada para cada plano, para que atenda às especificidades de seu público, considerando até mesmo a região de residência do beneficiário.

O objetivo da ANS foi, assim, normatizar a criação de mecanismos, com o intuito de incentivar os beneficiários a participar do cuidado de sua saúde, e as operadoras a mudar sua forma de organização, em busca de um modelo de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, ao contrário da simples produção de procedimentos.



• **Incentivos para a participação em programas para a promoção da saúde. Resolução Normativa nº 264, de agosto de 2011; e Instrução Normativa nº 35, de agosto de 2011**

A ANS define como Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aqueles que contêm ações em prol: I) da promoção da saúde; II) da prevenção de riscos, agravos e doenças; III) da redução dos anos perdidos por incapacidade; e IV) do aumento da qualidade de vida dos indivíduos e das populações. Com o envelhecimento populacional e a maior ocorrência de doenças crônicas no país, cresce a importância do estímulo a esses programas, desenvolvidos para a melhoria da qualidade de vida do beneficiário.

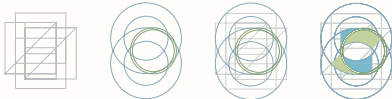
A primeira iniciativa da ANS de incentivo à implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para seus beneficiários teve lugar em 2005, com a publicação da RN nº 94.

Em julho de 2010, a Agência publicou a Instrução Normativa (IN) conjunta DIOPE/DIPRO nº 002, que dispôs sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos de saúde. A IN determinou prazos para o envio dos programas a serem monitorados em 2011 e a exclusão dos programas que não encaminharam o Relatório Circunstanciado, emitido por auditor independente, do cadastro da Agência.

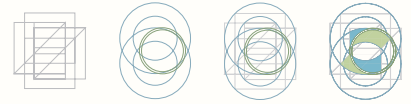
Definiu, como exigências mínimas para a aprovação dos programas, a regularidade do envio do Sistema de Informações de Produtos (SIP) e do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), bem como a cobertura mínima de 20% da população-alvo, e também a atuação de equipe multiprofissional nas atividades propostas. Já as operadoras cujos programas foram aprovados pela Agência foram orientadas a registrar os valores aplicados em conta específica do Plano de Contas Padrão da ANS, referente ao Ativo Não Circulante – Intangível, a contar da data de recebimento da comunicação de aprovação.

Na nova regra, o beneficiário que aderir a esses programas poderá ter uma bonificação da mensalidade, sem discriminação por idade ou doença preexistente, e sem vinculação a resultados alcançados. O desconto ou a premiação estará vinculado somente à participação do beneficiário. O programa é extensivo aos planos de saúde individuais (ou familiares) e coletivos empresariais ou por adesão. A formatação é individualizada para cada plano, para que atenda às especificidades de seu público, considerando até mesmo a região de residência do beneficiário.

Com as duas normas, a ANS buscou: I) viabilizar a possibilidade de desconto para os beneficiários que participarem de programas de promoção do envelhecimento ativo; II) viabilizar a possibilidade de premiação para os beneficiários que participarem de programas voltados para a promoção da saúde e a prevenção dos riscos e doenças; e III) estimular o envolvimento dos gestores das operadoras de planos de saúde com os desafios e as oportunidades resultantes do processo de envelhecimento da população brasileira. A seguir, uma síntese dos principais elementos das duas normas.



Importância dos programas	<ul style="list-style-type: none"> • Para o sistema de saúde: proporcionar que os indivíduos possam viver mais e com maior qualidade de vida; • Para as operadoras de planos de saúde: aprimorar as práticas de gestão em saúde para oferecer assistência de maior qualidade e ao mesmo tempo racionalizar os custos assistenciais; • Para os beneficiários: proporcionar aumento da expectativa de vida com menor carga de doença e um curso de vida mais saudável.
Regulamentação	<ul style="list-style-type: none"> • As resoluções têm aplicação imediata; • A oferta de premiação é válida para os planos novos e antigos. A bonificação é válida apenas para os planos novos; • No primeiro momento, a aplicação das normas será facultativa às operadoras. No entanto, a ANS acompanhará esse processo com o objetivo de avaliar o impacto da aplicação. O objetivo é aprimorar a qualidade do cuidado prestado; • A grande participação na Consulta Pública demonstrou o grande interesse pelo tema. No total, foram 14.367 contribuições, das quais 70% foram enviadas por usuários de planos de saúde; • As sugestões recebidas possibilitaram o aprimoramento da regulamentação com a introdução de conceitos e orientações para a estruturação dos programas.
O beneficiário deve conhecer as regras dos programas de forma clara	<ul style="list-style-type: none"> • As condições da adesão do beneficiário aos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças devem ser claras, conforme o padrão de informações mínimas estabelecido pela ANS.
Das regras para a aplicação do bônus	<ul style="list-style-type: none"> • O percentual de desconto deverá ser o mesmo para todas as faixas etárias; • A bonificação concedida pela operadora não poderá ultrapassar o percentual máximo de 30% sobre o valor da mensalidade; • Para a concessão do bônus, a operadora não pode exigir qualquer outro critério que não sejam a adesão e a participação do beneficiário no programa; • A operadora não poderá exigir do beneficiário o cumprimento de resultados em saúde como critério para a obtenção do bônus.
Exemplos de prêmios	<ul style="list-style-type: none"> • Redução no percentual de co-participação; • Benefício farmacêutico; • Outros produtos acessórios aos planos de saúde (ex: resgate aéreo); • Outros prêmios / bens materiais não relacionados diretamente aos planos de saúde.



Relatório de acompanhamento dos 12 meses de implementação das RNs nº 264 e 265, de agosto de 2011 - Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Doenças e de Envelhecimento Ativo ao longo do Curso da Vida.

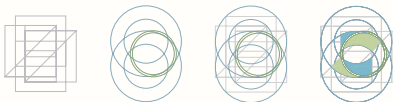
Em outubro de 2012, a ANS divulgou os resultados do acompanhamento das duas normas. Um ano após o lançamento dos programas para a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças, cerca de 1,2 milhão de usuários de planos de saúde já haviam aderido.

Antes da vigência das citadas RNs, 127 programas foram informados à ANS, com a estimativa de participação de 198 mil beneficiários. Após 12 meses, foram 760 programas, com a participação de 1,2 milhão de beneficiários.

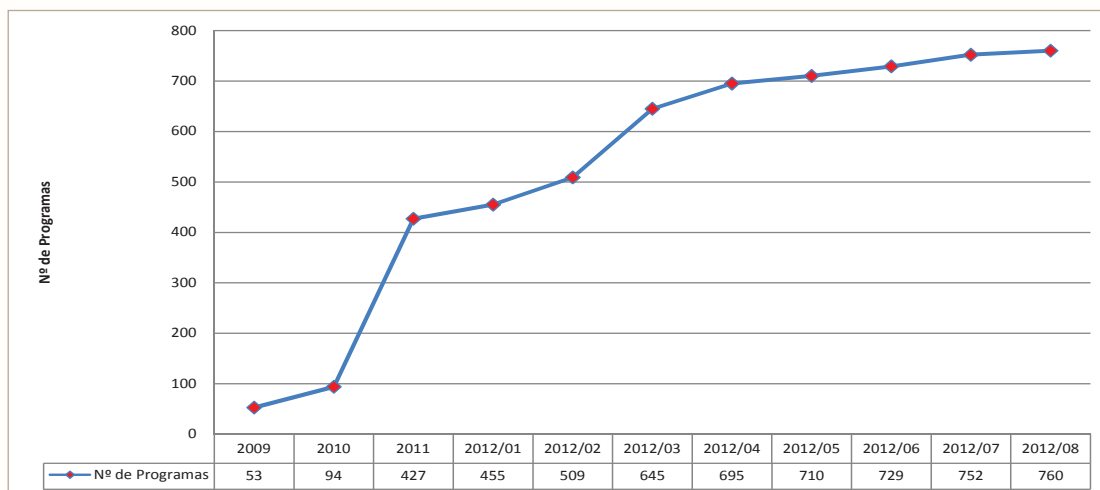
Os programas implementados pelas operadoras de planos de saúde a partir do incentivo da ANS, além de estimular hábitos saudáveis, podem oferecer prêmios e descontos nas mensalidades dos planos. Os programas possuem enfoque nas atividades voltadas para os seguintes temas: estímulo à atividade física, alimentação saudável, prevenção do câncer, das doenças sexualmente transmissíveis, da osteoporose, da hipertensão, da diabetes, do tabagismo e da obesidade. Outra área de atenção com grande destaque é a da saúde do idoso.

Outros incentivos às operadoras para a realização desses programas são: I) recebimento de pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora (IDSS); II) divulgação, no portal da ANS, das operadoras que têm programas aprovados pela ANS; III) declaração de Aprovação do Programa; e IV) bonificação no Monitoramento Assistencial realizado pela ANS.

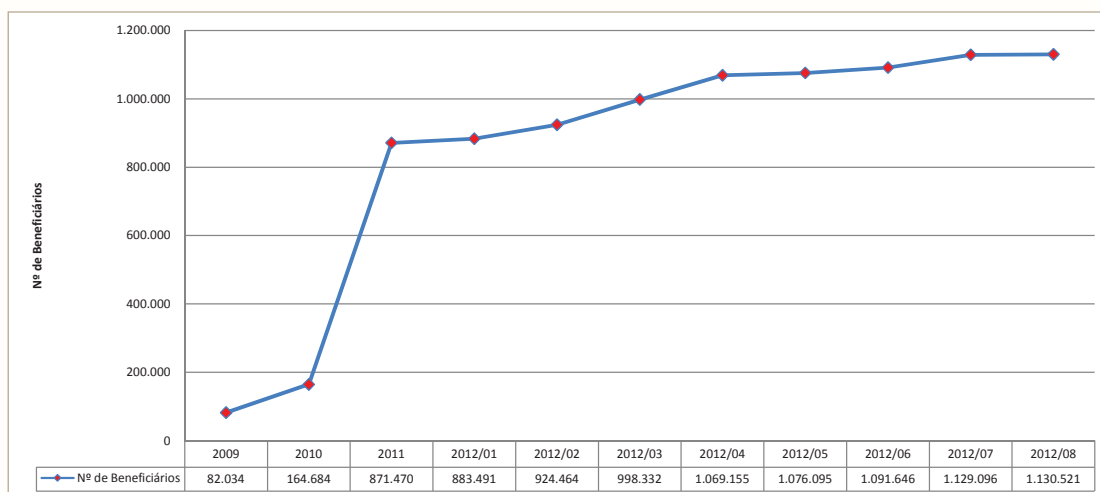
Por meio do monitoramento realizado pela ANS, foram alcançados os seguintes resultados por meio desses programas: I) diminuição da exposição a fatores de risco, de inatividade física, de alimentação inadequada e de tabagismo; II) adoção de hábitos saudáveis; III) aumento da capacidade funcional; IV) aumento da utilização de exames preventivos e de tratamento precoce do câncer; V) diminuição da taxa de internação por doenças crônicas; VI) mudanças de hábitos e do ambiente doméstico para evitar quedas em idosos; e VII) retorno financeiro comprovado do investimento feito pelas operadoras nos programas.

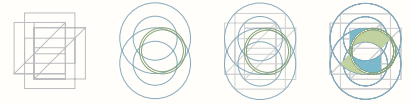


Total de programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

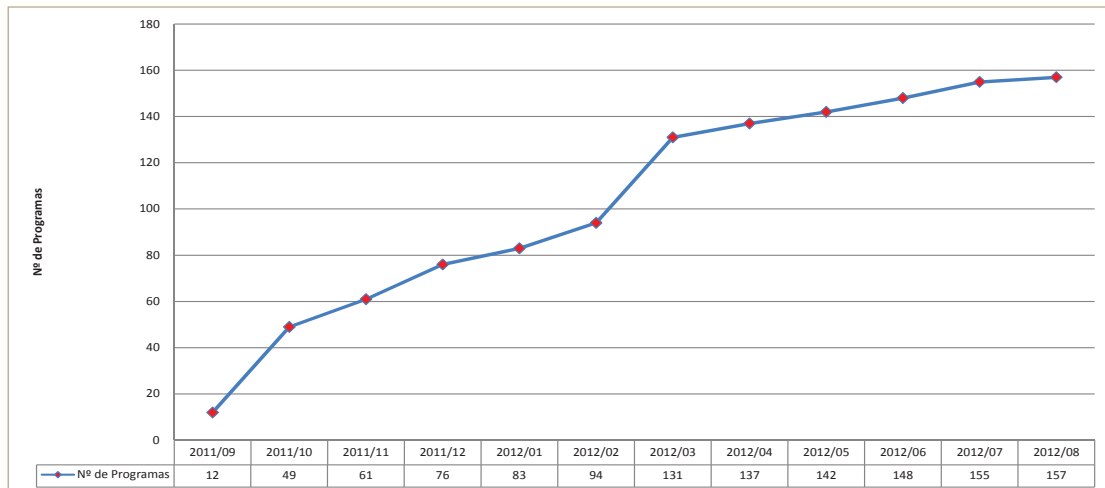


Estimativa de beneficiários participantes de programas para Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

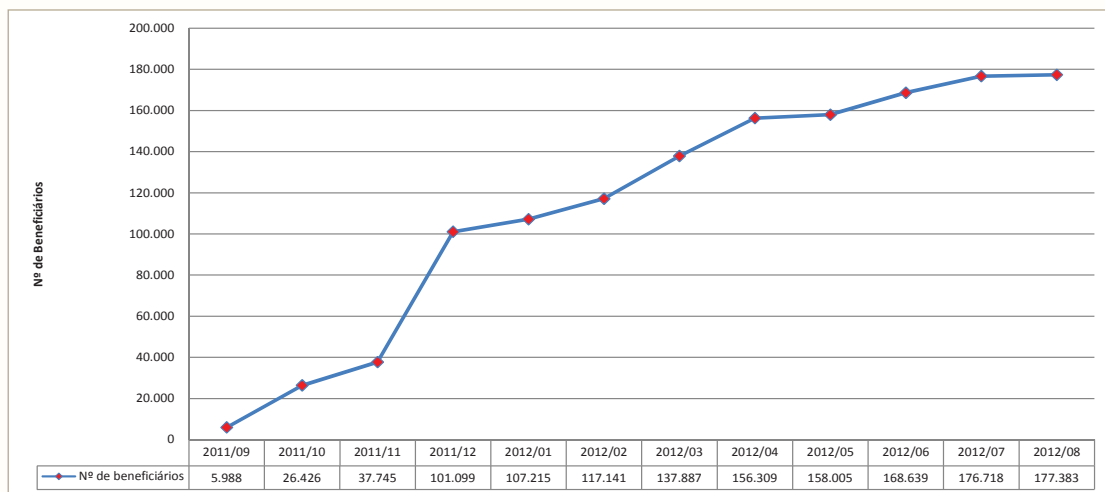


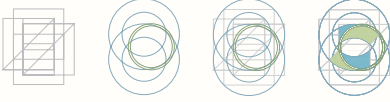


Quantitativo de Programas que oferecem bonificação e premiação aos beneficiários



Estimativa de beneficiários que participam de programas que oferecem bonificação e premiação aos beneficiários





- **Indicadores sobre atenção ao idoso, na dimensão de atenção à saúde do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.**

Em conjunto com o Grupo Técnico de Idosos, foram selecionados dois indicadores, que passaram a compor o conjunto de indicadores pelos quais as operadoras são avaliadas quanto ao seu desempenho no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

- **Modelo diferenciado de assistência ao idoso, como forma de aumentar a permanência, a entrada dos idosos em planos de saúde e a qualidade da atenção prestada.**

Foi elaborado pela ANS o Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar. Está disponível no portal da ANS uma publicação que descreve um projeto piloto de assistência à saúde dos idosos. Essa iniciativa apresenta interfaces com outros eixos da Agenda Regulatória da ANS, a saber: financiamento do setor, garantias de acesso e qualidade assistencial, assistência farmacêutica, modelo de pagamento aos prestadores e a própria integração da Saúde Suplementar com o SUS.

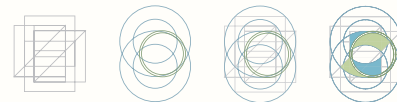
- **Programa de Acreditação de operadoras de planos privados de saúde. Consulta Pública nº 36, de dezembro de 2010, e Resolução Normativa nº 277, de novembro de 2011.**

A acreditação de operadoras é inédita no Brasil. Representa uma ação estratégica, na medida em que é capaz de reduzir as imperfeições do mercado, permitindo que as empresas conheçam melhor o próprio negócio e que os consumidores tenham nítida percepção das diferenças nos níveis de qualidade dos serviços ofertados.

Em 2010, a ANS publicou Consulta Pública sobre Acreditação de operadoras no período de 17/12/2010 a 06/1/2011, com o objetivo de implementar um processo de avaliação dos serviços oferecidos pelas operadoras, com a utilização de indicadores de qualidade baseados em padrões internacionais, em especial o adotado pelo NCQA - *National Committee for Quality Assurance*, no qual foram feitas as devidas adaptações para o modelo assistencial brasileiro.

Em 2011, após análise das contribuições, foi publicada a RN nº 277, de novembro de 2011, criando o Programa de Acreditação de Operadoras, com os seguintes objetivos: I) aumentar a qualidade da prestação dos serviços, por meio de critérios de avaliação que possibilitem a identificação e a solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde, com mais consistência, segurança e rapidez; II) estimular a adoção das melhores práticas por parte das operadoras, desenvolvendo, no mercado, condições para o estabelecimento da competição qualitativa; III) oferecer informação capaz de dar ao consumidor maior percepção em relação à qualidade de uma operadora de plano de saúde; e IV) incentivar a mudança do modelo técnico-assistencial existente.

Por meio dele, a qualidade dos serviços colocados à disposição por uma determinada operadora será comparada com padrões de qualidade preestabelecidos. Assim, trata-se de um dispositivo estratégico, na medida em que diminui as imperfeições do setor, ao tempo em que permite que operadoras conheçam melhor o próprio negócio, possibilitando a identificação e a resolução de problemas, com mais consistência, segurança e agilidade. Quanto mais elevado for o grau de eficiência, melhor será percebida sua qualidade, gerando economia, evitando desperdícios e



permitindo uma melhor aplicação dos recursos disponíveis.

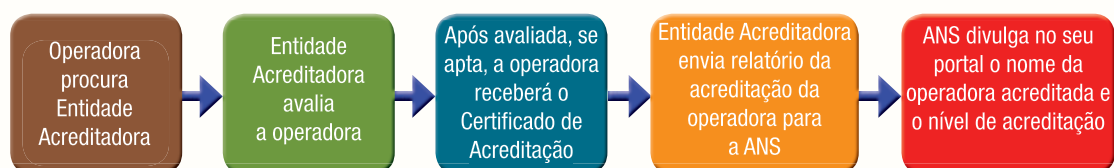
A acreditação é voluntária, ou seja, dependerá da manifestação de vontade da operadora. Os organismos de certificação, considerados aptos pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) e homologados pela ANS, passarão a ser reconhecidos como entidades acreditadoras e serão responsáveis pela condução do Programa de Acreditação nas operadoras.

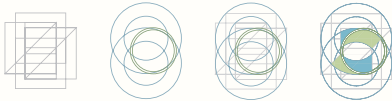
O Programa consiste de uma série de indicadores, distribuídos em sete dimensões, cujo objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item, quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora. As dimensões são: I) programa de melhoria da qualidade; II) dinâmica da qualidade e do desempenho da rede prestadora; III) sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde; IV) satisfação dos beneficiários; V) programas de gerenciamento de doenças e promoção da saúde; VI) estrutura e operação; e VII) gestão. Essas dimensões possuem diferentes pesos e, para cada uma, foi estabelecida uma nota mínima, abaixo da qual não é possível a aprovação, independentemente da nota final alcançada.

A entidade acreditadora escolhida pela operadora executará o Programa de Acreditação e fará a comparação do padrão de cada um dos indicadores das sete dimensões, com aquele encontrado, sendo, então, aferido o grau de conformidade que a operadora apresenta. A certidão de acreditação será fornecida em níveis, de acordo com o padrão de qualidade encontrado, havendo um padrão mínimo para a aprovação.

As certidões de acreditação são emitidas em três níveis, de acordo com a pontuação final obtida pela operadora: I) certidão nível I, para as operadoras que obtiverem nota final entre 90 e 100 pontos; II) certidão nível II, para as operadoras que obtiverem entre 80 e 89 pontos; e III) certidão nível III, para as operadoras que pontuarem entre 70 e 79. As certidões nível II e nível III terão prazo de validade de no mínimo dois, e no máximo três anos; e a certidão nível I será válida por no mínimo três, e no máximo quatro anos.

Até setembro de 2012, foram vários os pedidos de homologação feitos por organismos de certificação interessados em atuar como entidades acreditadoras da qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde. Todas as empresas homologadas passarão por um processo de habilitação, feito pelo INMETRO, instituto escolhido graças à sua experiência de longa data com empresas certificadoras. O certificado de acreditação, emitido pelo Inmetro, será exigido somente a partir de maio de 2013. A seguir, o fluxo do Programa de Acreditação de Operadoras:





• Programa de Incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS Divulgação). Consulta Pública nº 38, de fevereiro de 2011, e Resolução Normativa nº 267, de agosto de 2011.

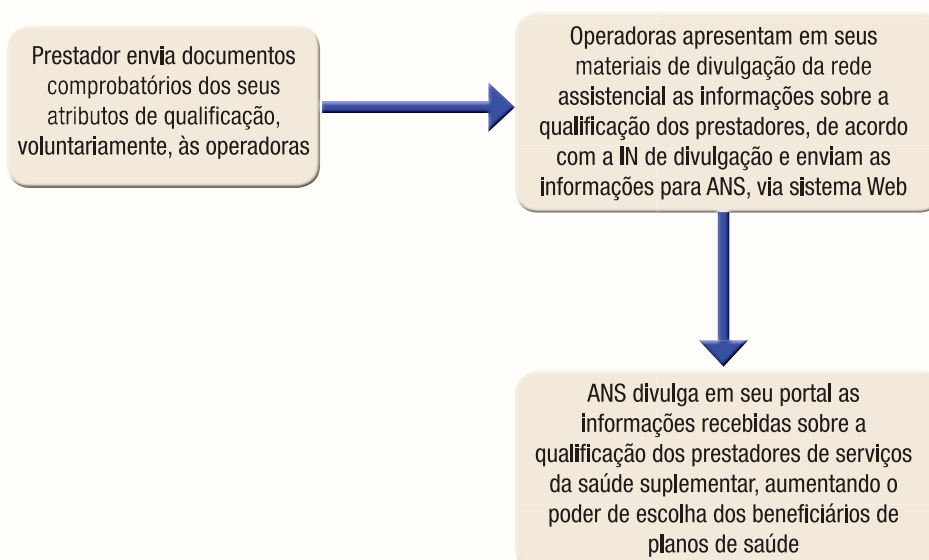
Em 2011 foi estabelecida a obrigatoriedade de as operadoras de planos de saúde divulgarem informações sobre a qualificação de sua rede de prestadores de serviço, oferecendo ao consumidor mais informações na hora de escolher um plano ou um prestador de serviços em saúde.

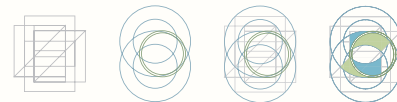
A proposta de norma passou por Consulta Pública de 25/2/2011 a 27/3/2011. Em decorrência, foi publicada a RN nº 267, de 2011, que em síntese consiste na fixação, pela ANS, de atributos que qualificam os prestadores de serviços em saúde. Tais atributos podem ser programas, processos ou vínculos institucionais que sabidamente melhoram e aperfeiçoam a qualidade do cuidado ofertado aos beneficiários.

O objetivo do Programa é aumentar o poder de avaliação e escolha por parte dos usuários de planos de saúde, de prestadores mais qualificados, além de estimular a adesão, por parte dos prestadores de serviços, a programas que os qualifiquem, por meio de uma competição positiva no setor. Em síntese, busca estimular a concorrência no setor, por meio de critérios de qualidade, e não somente por preço e marca, além de dar oportunidade de maior destaque aos prestadores que buscam se qualificar.

Com a norma, as operadoras ficam obrigadas a incluir em todo o material de divulgação da rede assistencial, as informações relativas à qualificação de cada prestador de serviço que componha a sua rede.

Foi criado também o Comitê Gestor do Programa Divulgação da Qualificação da Rede dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (COGEP), instância colegiada consultiva e com representação dos segmentos do setor saúde suplementar, com o objetivo de promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. A seguir o fluxo do QUALISS Divulgação:





• Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de serviços na Saúde Suplementar (QUALISS Indicadores). Consulta Pública nº 44, de junho de 2011, e Resolução Normativa nº 275, de novembro de 2011.

A proposta de monitoramento da Qualidade dos Prestadores de serviços na Saúde Suplementar (Qualiss Indicadores) ficou em Consulta Pública no período de 23/6/2011 a 23/7/2011. A Resolução Normativa decorrente dispõe sobre a implantação de instrumento capaz de avaliar o desempenho assistencial dos prestadores de serviço na saúde suplementar, que possibilitem a seleção de indicadores que tenham validade e comparabilidade, e ajudem a diferenciar cada um dos prestadores de serviços de saúde.

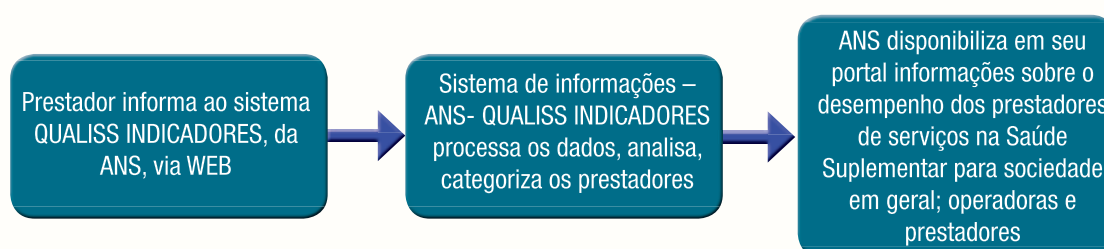
O Qualiss Indicadores consiste em um sistema de medição e avaliação sistemática do desempenho dos prestadores de serviços na saúde suplementar. Os resultados assistenciais serão divulgados à sociedade por meio do sítio eletrônico da ANS. A participação no Qualiss Indicadores é voluntária para os prestadores, e obrigatória para aqueles pertencentes à rede própria das operadoras.

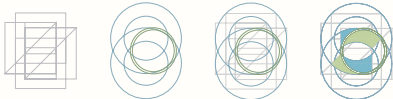
O objetivo do programa é promover a disseminação de dados assistenciais dos prestadores de serviços na saúde suplementar para a sociedade em geral, especialmente: i) aos beneficiários, visando ao aumento de sua capacidade de escolha; ii) aos prestadores, visando ao fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho e iii) às operadoras de planos privados de assistência à saúde, visando a uma melhor qualificação de suas redes assistenciais.

São elegíveis para participar do QUALISS Indicadores todos os prestadores de serviços informados por meio do Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS) como integrantes da rede assistencial das operadoras. O sistema de medição do Qualiss será composto por indicadores de desempenho, os quais estão agrupados em domínios, que representam as dimensões da qualidade.

O prestador de serviço participante do QUALISS alimentará o sistema de informações do programa, via web. As informações coletadas comporão indicadores, que passarão por análises estatísticas e serão ponderados de acordo com sua relevância. Ao final, cada prestador terá uma medida de desempenho, que será divulgada pelo sítio eletrônico da ANS.

O QUALISS Indicadores conta com um comitê gestor, com participação de representantes de operadoras de planos de saúde, de hospitais, de clínicas, laboratórios, além de médicos e consumidores, dando, assim, legitimidade e transparência às ações instituídas. A finalidade desse comitê será promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do Programa. A seguir, o fluxo do QUALISS – Indicadores:





• Programa de Qualificação da Saúde Suplementar 2012. Consulta Pública nº 46, de setembro de 2011, e Resolução Normativa nº 282, de dezembro de 2011.

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar foi implementado pela ANS, em 2004. Consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos esperados no desempenho de áreas, organizações e serviços relacionados ao setor. Esse Programa, integrante da Política de Qualificação da Saúde Suplementar, é composto pela Qualificação Institucional (da própria ANS) e pela Qualificação das Operadoras.

A Qualificação das Operadoras tem o objetivo de aumentar a transparência do setor, tornando públicos os aspectos relacionados à qualidade da atenção à saúde e da rede assistencial, os aspectos econômico-financeiros e os de satisfação dos beneficiários. Além disso, permite a comparação entre operadoras semelhantes, estimulando a concorrência no setor. Avalia as operadoras com registro ativo junto à ANS que operam planos médico-hospitalares, médico-hospitalares com odontologia ou exclusivamente odontológicos.

Essa avaliação é realizada por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência. Esses indicadores são reunidos em quatro dimensões:

I) Atenção à Saúde - que avalia as práticas de prevenção às doenças e promoção da saúde, adotadas pelas operadoras com o objetivo de proporcionar maior qualidade de vida aos beneficiários.

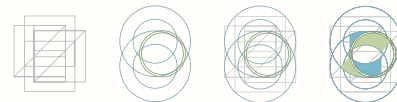
II) Econômico - Financeira - que acompanha o equilíbrio das operadoras sob o ponto de vista das condições de liquidez e solvência, avaliando a capacidade de elas manterem-se em dia com suas obrigações financeiras junto aos seus prestadores, para garantir o atendimento com qualidade e de forma contínua a seus beneficiários.

III) Estrutura e Operação - que afere as condições da oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios e centros diagnósticos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde, para o atendimento de seus beneficiários. Além disso, avalia o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.

IV) Dimensão Satisfação dos Beneficiários – que utiliza indicadores de permanência como forma de avaliar a satisfação dos beneficiários nas operadoras. Também mede a gravidade das infrações à legislação, cometidas por parte das operadoras.

Para cada uma das quatro Dimensões, é calculado um Índice de Desempenho (ID), com base na análise de indicadores definidos pela ANS, e discutidos com as operadoras em Câmaras Técnicas. As dimensões possuem pesos diferentes para compor o resultado final da operadora, que é denominado Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

O IDSS varia de zero a um (0 – 1), sendo 40% desse valor dado pelo Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (Idas); 20%, pelo Índice de Desempenho Econômico-financeiro (IDEF); 20%, pelo

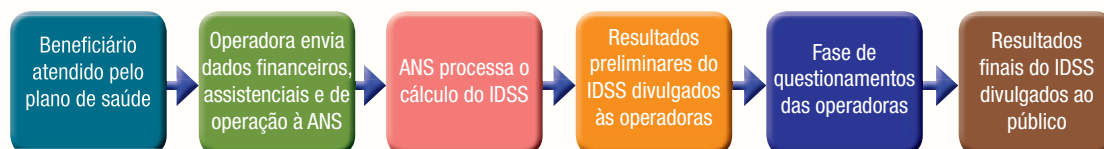


Índice de Desempenho Estrutura e Operação (IDEO); e 20%, pelo Índice de Desempenho Satisfação dos Beneficiários (IDSB). Cada um deles é aferido por um grupo de indicadores. O IDSS varia entre zero e um (0 – 1). Os valores próximos a um (1) indicam que a atuação da operadora está em conformidade com o estabelecido pela Agência. A ANS divulga, em seu portal, o resultado final do IDSS das operadoras e apresenta os resultados distribuídos em faixas de pontuação:



Em 2011, para discutir os indicadores que compõem a primeira etapa da quarta fase do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, a ANS realizou uma Câmara Técnica. A partir das contribuições da Câmara Técnica, em setembro de 2011 abriu Consulta Pública sobre proposta para a revisão dos indicadores componentes do IDSS. A Consulta Pública ficou aberta no período de 28/9/2011 a 4/11/2011.

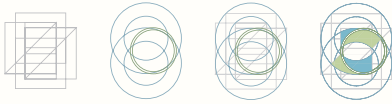
A norma resultante alterou o peso das quatro dimensões do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e estabeleceu a inclusão de um novo indicador na dimensão de Satisfação de Beneficiários, para a pesquisa com os beneficiários de planos de saúde a partir do ano-base 2012. Com as modificações introduzidas pela RN nº 282, de 2011, o peso das dimensões ficou da seguinte forma: a dimensão Atenção à Saúde passou de 50% para 40%; a Econômico-Financeira passou de 30% para 20%; a dimensão Estrutura e Operação passou de 10% para 20%; e a Satisfação do Beneficiário saiu de 10% para 20%. A seguir, o fluxo do Programa de Qualificação Operadoras:



• Pesquisa de satisfação dos beneficiários.

Em junho de 2012, a ANS lançou a pesquisa de satisfação de beneficiários de planos privados de saúde. Seu principal objetivo é verificar a satisfação dos beneficiários com as operadoras de planos de saúde, como insumo para a Agência avaliar a qualidade do setor e propor medidas que aprimorem a qualidade oferecida. O resultado será divulgado no segundo trimestre de 2013.

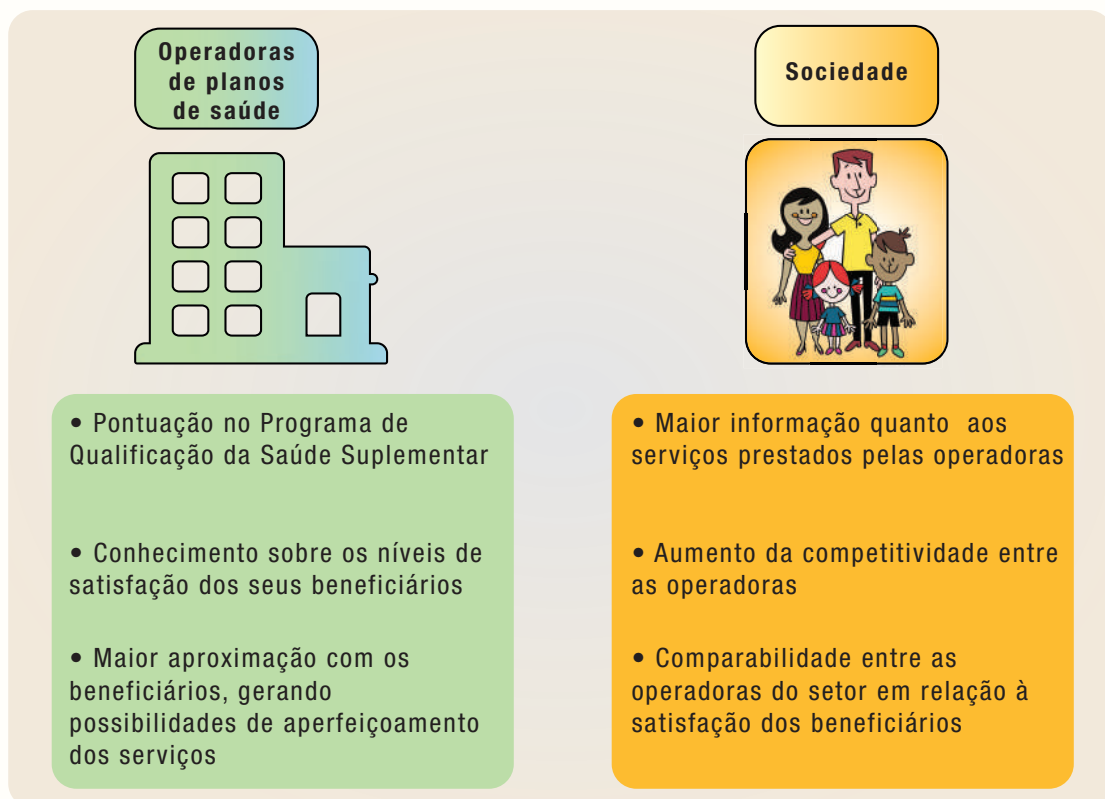
Os critérios para a realização da pesquisa - como metodologia, definição e seleção da amostra, análise dos dados, auditoria e divulgação dos resultados - foram definidos pela ANS. Já a entrevista com os beneficiários está sendo realizada pelas operadoras que aderiram à pesquisa. A participação das operadoras aumentará sua pontuação no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Participam do levantamento dos dados as operadoras de grande e médio porte, que representam

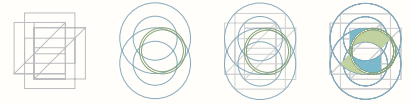


90% dos beneficiários de planos de saúde do país.

A amostra é composta por beneficiários com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em todas as capitais brasileiras. A seleção da amostra é aleatória e segue a proporcionalidade por unidade da federação. O beneficiário tem a garantia do sigilo das informações fornecidas à operadora, que só poderá realizar a coleta de dados com a autorização do beneficiário.

Os resultados do levantamento serão utilizados para compor um novo indicador na dimensão da Satisfação dos Beneficiários do Programa de Qualificação, para avaliar o desempenho das operadoras de planos de saúde do país.





3.2.2 - Demais ações relativas ao incentivo à qualidade assistencial

• Plano de recuperação assistencial e regulamentação da direção técnica. Consulta Pública nº 39, de março de 2011, e Resolução Normativa nº 256, de maio de 2011.

A regulação assistencial é o foco da iniciativa de estabelecer o plano de recuperação assistencial e a direção técnica. O objetivo é promover ações corretivas das práticas das operadoras que constituam risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários. A proposta foi submetida à Consulta Pública no período de 09/3/2011 a 08/4/2011. Em decorrência, foi publicada a RN nº 256, de 2011, que estabelece as rotinas para o Plano de Recuperação e para o Regime Especial de Direção Técnica, além de definir as competências e os deveres do diretor técnico.

A norma regulamentou também a atribuição do Diretor Técnico, que é o agente público nomeado pela Agência para atuar dentro da operadora e acompanhar a rotina da empresa. Após o diagnóstico da situação real, ele poderá orientar a adoção de medidas para solucionar os problemas, ou poderá constatar a impossibilidade da permanência da operadora no mercado, por incapacidade de atendimento às exigências previstas na Lei nº 9.656, de 1998, sob o ponto de vista administrativo e assistencial.

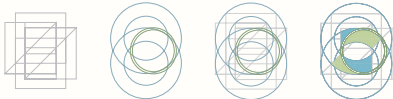
A partir das novas regras, sempre que detectadas anormalidades administrativas graves que possam levar risco à qualidade ou ao atendimento à saúde dos beneficiários, a operadora deverá apresentar e documentar as medidas implementadas para corrigir esses problemas. Ou poderá apresentar um plano de recuperação assistencial que deverá especificar medidas, projeções e metas a serem alcançadas para a correção, plano esse acompanhado dos documentos comprobatórios. A prática sistemática de não reajustar os prestadores de serviços, descumprindo regras contratuais estabelecidas, também poderá ser considerada desvio administrativo grave, se comprometer a qualidade e o atendimento do usuário. Se nenhuma dessas medidas apresentar resultados, poderá ser instaurada a Direção Técnica.

O monitoramento dos parâmetros é realizado pela ANS, e o relatório é divulgado trimestralmente, de forma detalhada para as operadoras, por meio de aplicativo próprio, e de forma consolidada para o público do portal da ANS.

Os objetivos do monitoramento são: I) acompanhar indiretamente a evolução do risco assistencial das operadoras por meio da identificação de indícios de anormalidades administrativas e assistenciais; e II) subsidiar a priorização da escolha das operadoras que receberão visita técnica, conferindo transparência aos critérios adotados na condução do processo.

O método aplicado avalia trimestralmente as operadoras médico-hospitares, por meio de um conjunto de 19 indicadores, sendo que as demandas por negativa de cobertura, informadas pela Notificação de Investigação Preliminar (NIP), têm peso significativo na composição da nota final da operadora. As OPS exclusivamente odontológicas são avaliadas em 9 indicadores.

Na avaliação, as operadoras poderão ser classificadas em quatro faixas de risco assistencial, que



variam de acordo com a nota final obtida:

- Verde: risco baixo.
- Amarelo: pré-moderado.
- Laranja: moderado.
- Vermelho: alto risco assistencial.

As operadoras classificadas no status verde e amarelo serão acompanhadas pela ANS. As operadoras com risco moderado, que se enquadrarem nos critérios de priorização estabelecidos em Nota Técnica, serão selecionadas para Visita Técnica Assistencial; e as demais serão objeto de monitoramento remoto. As operadoras classificadas com risco alto (status vermelho) serão analisadas quanto ao seu enquadramento nos critérios de plano de recuperação ou Direção Técnica. Os relatórios consolidados de monitoramento estão sintetizados a seguir.

1º Relatório de monitoramento

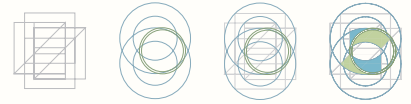
Em abril de 2012, a ANS divulgou o Prontuário de Resultados do Monitoramento Assistencial referente ao processamento de março de 2012. O resultado mostrou que: 72,44% das operadoras médico-hospitalares apresentam baixo risco assistencial; 9,22%, risco assistencial pré-moderado; 9,68% encontram-se na faixa de risco moderado; e 8,66% estão na faixa de risco alto. As operadoras com risco pré-moderado são acompanhadas pela ANS.

No segmento exclusivamente odontológico, 82,25% das operadoras apresentam baixo risco assistencial (**status verde**); 1,17%, risco assistencial pré-moderado (**status amarelo**); 4,44 estão na faixa de risco moderado (**status laranja**); e 12,15%, na faixa de risco alto (**status vermelho**). As condutas adotadas são as mesmas das operadoras médico-hospitalares.

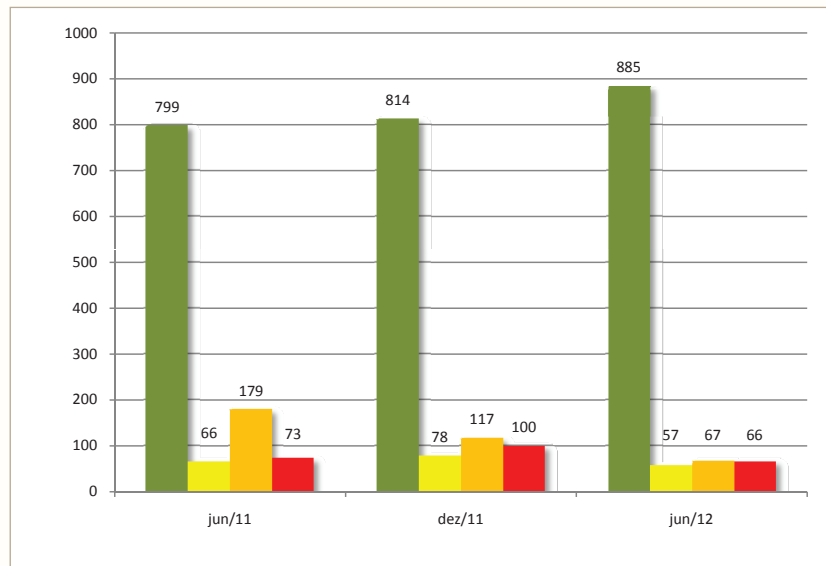
2º Relatório de monitoramento

Em junho de 2012, a ANS divulgou o Prontuário de Resultados e o Painel de Indicadores do Monitoramento Assistencial, referentes ao processamento de junho de 2012. O resultado mostrou que: 82,33% das operadoras médico-hospitalares apresentaram baixo risco assistencial (**status verde**); 5,27% apresentaram risco assistencial pré-moderado (**status amarelo**); 6,20% estavam na faixa de risco moderado (**status laranja**) e 6,20% na faixa de risco alto (**status vermelho**).

No grupo exclusivamente odontológico: 84,29% das operadoras apresentaram baixo risco assistencial; 0,24% apresentou risco assistencial pré-moderado; 5,71% estavam na faixa de risco moderado; e 9,76%, na faixa de risco alto.



Resultados das operadoras médico-hospitalares



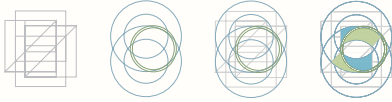
Dentre as operadoras do segmento médico-hospitalar, observa-se, no processamento de junho de 2012, um aumento de aproximadamente 10% no número de operadoras classificadas na faixa verde, indicativo de risco assistencial baixo, em relação ao processamento anterior. Tal aumento veio acompanhado de uma pequena redução no número de operadoras nas faixas de riscos amarela (-3,9%), laranja (-3,4%) e vermelha (-2,5%). Observa-se, ainda, que a faixa de risco que apresentou uma redução mais expressiva desde o início do Monitoramento Assistencial, em junho de 2011, foi a faixa laranja (risco assistencial moderado), com a diminuição de 37,4%, o que equivale a 112 operadoras.

•Divulgação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar 2011 – ano-base 2010.

O Relatório do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar ano 2011 demonstrou tendência de crescimento na qualificação das empresas de planos de saúde, em relação aos anos anteriores. Os resultados referem-se a 2010, com base em informações econômico-financeiras, assistenciais, de estrutura e operação e de satisfação do beneficiário.

Os resultados demonstraram um crescimento do percentual de beneficiários em planos com IDSS igual ou superior a 0,5, entre 2007 e 2010. Atualmente, cerca de 41 milhões de beneficiários (71% do total) estão em operadoras que se encontram nessa faixa.

O índice apresentou uma evolução positiva na qualidade das operadoras. Nos últimos três anos, o percentual de operadoras médico-hospitalares nas duas faixas de melhor avaliação do IDSS passou de 11%, em 2007, para 32%, em 2010. Nas operadoras exclusivamente odontológicas, o percentual de empresas nas maiores faixas de IDSS passou de 13%, em 2007, para 29%, em 2010. No mesmo período, o percentual de beneficiários de operadoras médico-hospitalares nas duas faixas de melhor avaliação do IDSS passou de 19%, em 2007, para 56%, em 2010. E, nas operadoras exclusivamente



odontológicas, o percentual de empresas nas maiores faixas de IDSS passou de 53%, em 2007, para 70%, em 2010.

No ciclo de 2010, foram necessários alguns ajustes na dimensão Atenção à Saúde, pois a ANS ficou impedida de coletar informações epidemiológicas, em virtude de decisão judicial. Para não haver prejuízos ao programa, a Agência criou três indicadores, desenvolvidos a partir de informações conhecidas e disponíveis: Proporção de consulta médica em pronto-socorro; Número de internações por beneficiário; e Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário.

• Pesquisa médica sobre assistência obstétrica na Saúde Suplementar.

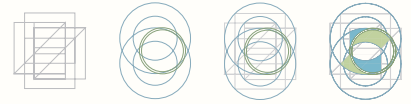
Levantamento divulgado pelo Ministério da Saúde, em 2008, revelou que 43% de todos os partos realizados no país são do tipo cesariana. Na rede de assistência suplementar, o número de cesarianas representa 80% do total de partos. Os índices são muito superiores ao que é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 15%. De acordo com o Ministério da Saúde, são registrados por ano aproximadamente três milhões de nascidos vivos no país. Desses, 2,1 milhões nascem em unidades do SUS – sendo 1,4 milhão de partos normais e 670 mil de partos do tipo cesariana.

Em 2010, a Comissão de Parto Normal – composta pela ANS, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) – realizou pesquisa entre ginecologistas e obstetras, com o objetivo de conhecer a percepção desses profissionais sobre o parto normal, bem como de identificar as razões pelas quais o índice de cesarianas é tão elevado no setor de Saúde Suplementar.

A coleta de dados foi feita por questionário na internet, durante dois meses. O alvo da pesquisa foram os 16.163 médicos associados à Febrasgo em todo o país. Os participantes forneceram informações sobre tópicos diversos, entre os quais: a posição assumida diante do alto índice de partos cesarianos; os fatores técnicos e remuneratórios que intervêm na opção por esse tipo de parto; as estratégias possíveis de estímulo ao parto normal; as justificativas apresentadas comumente pela população assistida quando da opção pessoal pelo parto do tipo cesariana; e a formação e a atuação profissional. Em 2011, os dados da pesquisa foram consolidados e subsidiarão a Comissão a estabelecer ações voltadas para a promoção do parto normal na Saúde Suplementar. Os principais resultados foram publicados no folheto Pesquisa sobre a Assistência Obstétrica na Saúde Suplementar, disponível no portal da ANS, elaborado em conjunto com o CFM, a SBP e a Febrasgo.

• Seminário para Construção de Modelos Assistenciais.

Em 2011, o Seminário para Construção de Modelos Assistenciais - Oficinas de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, Envelhecimento Ativo e Diretrizes Clínicas teve o objetivo de auxiliar as operadoras no desenvolvimento de programas de promoção da saúde e do envelhecimento ativo, e na prevenção de riscos e doenças, além de novas metodologias para a construção de Diretrizes de Utilização (DUTS). As seguintes publicações sobre esse tema estão disponíveis no portal da ANS: I) Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 4ª Edição; II) Cartilha para a Modelagem de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de



Riscos e Doenças; e III) O que Você Precisa Saber – Programa para promoção de saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar.

• **Seminário Internacional sobre Inovações Assistenciais para Sustentabilidade da Saúde Suplementar.**

Em outubro de 2012, a ANS realizou o Seminário Internacional sobre Inovações Assistenciais para Sustentabilidade da Saúde Suplementar, com a participação de 400 pessoas do setor. Nele, foram discutidas as inovações na saúde suplementar, com foco na Promoção da Saúde e Plano de Cuidado. Além das palestras, foram lançadas as seguintes publicações relacionadas aos temas, todas disponíveis no portal da ANS: I) Mapa Assistencial da Saúde Suplementar; II) VIGITEL Brasil 2011 Saúde Suplementar; III) Cartão Plano de Melhoria da Saúde e Guia do Plano de Melhoria da Saúde; IV) Laboratório de Inovação da Saúde Suplementar; V) Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar 2012; e VI) Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar. Foi lançado também o site Laboratório de Inovação da Saúde Suplementar, no portal Laboratório de Inovação da Organização Panamericana de Saúde (Opas).

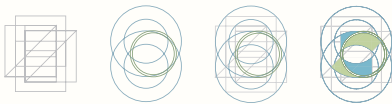
• **Obrigatoriedade de funcionamento de Ouvidorias por parte das operadoras de planos de assistência à saúde. Consulta Pública nº 50, de setembro de 2012, em fase de consolidação.**

A Consulta Pública nº 50, aberta no período de 18/9/2012 a 23/10/2012, dispõe sobre a obrigatoriedade de instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria, por parte das operadoras de planos de assistência à saúde. O objetivo da medida é criar um canal de relacionamento da operadora com os beneficiários e, assim, permitir a melhoria na mediação de conflitos. A resolução trará resultados positivos tanto para os consumidores quanto para as próprias empresas, por reduzir a judicialização de conflitos e agilizar a solução de problemas. A Consulta Pública foi precedida de pesquisa feita pela Ouvidoria da ANS junto às operadoras, em maio de 2011, com o objetivo de conhecer a realidade do mercado.

Conforme identificado pela Ouvidoria da ANS, a maior parte dos problemas recebidos por esse canal de relacionamento não é de difícil solução. São questões simples, que acabam, porém, entrando em um processo complexo de apuração. Ao criar as Ouvidorias, as operadoras passam a ter uma forma privilegiada de tomar conhecimento dos problemas por meio de seus beneficiários e achar soluções muitas vezes a um custo bem mais baixo do que em onerosos processos de mediação de divergências.

As Ouvidorias terão um papel diferente daquele dos Serviços de Atendimento ao Consumidor (SAC), os quais exercerão uma função complementar à nova estrutura. Enquanto a Ouvidoria subordina-se diretamente à Presidência da instituição e trabalha na compreensão dos problemas na perspectiva de quem usa o serviço, o SAC geralmente é subordinado à Gerência de Logística e tem soluções padronizadas para situações usuais.

De acordo com a proposta de Resolução Normativa, as Ouvidorias deverão ter estrutura específica, com titular designado especialmente para esse fim. Deverão também contar com canais próprios e

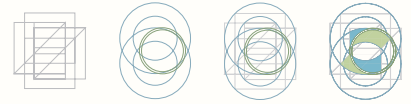


protocolos específicos de atendimento, e uma equipe mínima de trabalho, compatível com o fluxo de demandas, que seja capaz de dar respostas de modo conclusivo sobre a existência ou não de direito do beneficiário, em um prazo de até sete dias úteis. Esse prazo poderá ser pactuado livremente com os clientes, diante de situações complexas ou excepcionais.

- Vídeos sobre ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos.

A ANS aproveita datas comemorativas para divulgar, em seu portal, vídeos com incentivo à promoção da saúde. As mensagens são simples e buscam a identificação afetiva com datas e imagens, para veicular as ações relativas ao tema.





3.3 - SUSTENTABILIDADE DO SETOR

De 2010 a 2012, foram estabelecidas medidas administrativas e econômico-financeiras visando ao aprimoramento setorial, entre as quais se destacam: as direcionadas para as pequenas e médias operadoras de planos de saúde; as de estímulo à conformidade regulatória; e à maior eficiência na condução dos Regimes Especiais (redução do tempo médio e do montante de recursos adiantados). As principais medidas estão descritas a seguir.

3.3.1 - Ações previstas na Agenda Regulatória 2011-2012

- **Alternativas de modelos de reajustes para planos individuais novos.**

Desde 2010, a ANS discute, com representantes de instituições ligadas ao setor, novos modelos de reajuste para os planos individuais/familiares novos. A metodologia para a definição do índice de reajuste anual dos planos individuais de assistência médica é mesma, desde 2001.

Em 2010, foram realizadas três reuniões da Câmara Técnica, com a presença de 17 entidades representativas de operadoras de planos de saúde, de prestadores de serviços de saúde, de órgãos de defesa do consumidor e do Ministério de Fazenda. A ANS apresentou as seguintes propostas: I) aperfeiçoamento, para 2011, da atual metodologia baseada na média dos reajustes dos contratos coletivos, com a inclusão de fatores de regionalização e variável de eventos exógenos; e II) instauração de um Grupo Técnico para a discussão de um novo modelo de reajuste, que contemple um novo índice setorial, um fator de eficiência técnica e um fator de eventos exógenos.

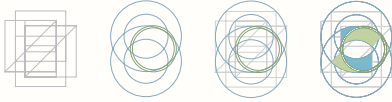
Em 2011, as discussões foram retomadas durante a 4ª reunião da Câmara Técnica. A Nota Técnica, com as propostas de modelos de reajustes para planos individuais novos, foi concluída (está acessível no portal da ANS) e subsidiará futuras decisões sobre reajustes.

- **Formatação de produtos de planos de saúde com alternativas mistas de mutualismo e capitalização.**

Realizadas reuniões com os integrantes do setor para a definição de diretrizes. Concluída a Nota Técnica da proposta de formatação de produtos com alternativas mistas de mutualismo e capitalização. E encaminhada minuta de Projeto de Lei à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). A Nota Técnica está disponível no portal da ANS.

- **Nota Técnica Atuarial de Produtos e Pacto Intergeracional.**

Realizado o mapeamento de todas as informações constantes das Notas Técnicas de Registro do Produto (NTRP) encaminhadas à ANS e o relatório apontando preços de planos por Unidade Federativa, bem como o estudo preliminar sobre o pacto intergeracional. Concluída a Nota Técnica de Registro do Produto (NTRP) dos planos coletivos empresariais, que está disponível no portal da ANS.



3.3.2 - Demais ações relativas à sustentabilidade do setor

- **Tratamento diferenciado para pequenas operadoras exclusivamente odontológicas. Resolução Normativa nº 243, de dezembro de 2010.**

Desde 1º de janeiro de 2011, a ANS passou a tratar de forma diferenciada as pequenas operadoras odontológicas, na busca de uma regulação mais proporcional à natureza e à complexidade dos riscos a que estão expostas. O objetivo da norma é otimizar a utilização de recursos por parte das operadoras e reduzir o custo regulatório, de forma proporcional, para aquelas operadoras que possuem operações menos complexas e que oferecem menor risco sistêmico ao setor.

- **Tratamento diferenciado para obrigações incidentes sobre operadoras com até 100 mil beneficiários. Resolução Normativa nº 274, de outubro de 2011.**

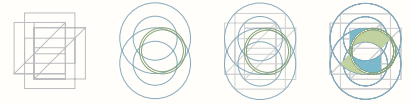
Para elaborar a RN nº 274, de 2011, a ANS desenvolveu estudos que identificaram as principais características das operadoras de pequeno e médio portes. Em paralelo, convidou entidades representativas do setor para que apresentassem sugestões ao Grupo de Trabalho criado especificamente para o tema.

A norma resultante estabelece medidas administrativas e econômico-financeiras que visam ao aprimoramento setorial. O custo fixo da regulação evidenciava a necessidade de aplicação de redutores para o grupo de pequenas e médias operadoras (até 20 mil e de 20 mil a 100 mil beneficiários, respectivamente), situação que deu origem à RN, a qual, entre outras medidas, estabelece tratamento diferenciado para obrigações incidentes sobre operadoras com até 100 mil beneficiários.

Com a medida, o porte da operadora passa a ser considerado na regulação feita pela ANS. As empresas de menor porte correspondem a 72% do total de operadoras do país. Essas, em sua maioria, estão concentradas no interior do país e são responsáveis pelo atendimento de mais de seis milhões de beneficiários de planos de saúde. A norma contempla também ações que visam reduzir as despesas administrativas das operadoras, no atendimento à regulação, e rever exigências econômico-financeiras. Embora algumas das medidas sejam aplicáveis a todas as operadoras, elas beneficiam, em maior grau, as pequenas e médias.

- **Programa de Conformidade Regulatória. Resolução Normativa nº 278, de novembro de 2011.**

Originado de proposta preliminar de incentivo à adoção de boas práticas de governança, associada à autorização para livre movimentação de ativos garantidores, o Programa de Conformidade Regulatória foi estruturado a partir da concepção de que operadoras com maior aderência à regulamentação podem ter um maior grau de liberdade na gestão de seus recursos financeiros, garantidores de provisões técnicas. A norma trata das condições de participação e da dinâmica do Programa em face dos benefícios previstos, e seu objetivo é promover a responsabilidade regulatória e incentivar o aprimoramento da gestão das operadoras.



• **Revisão e Simplificação das Normas Contábeis – Plano de Contas Padrão. Resolução Normativa nº 290, de fevereiro de 2012.**

Em virtude da necessidade de adaptação das regras contábeis vigentes no setor aos padrões internacionais de contabilidade elencados no IFRS (*Internacional Financial Report Standards*) e de revisão do Plano de Contas Padrão, uma agenda ampla de discussão foi estabelecida na ANS, no intuito de buscar a compatibilização entre os propósitos regulatórios, a essência das normas do IFRS e a experiência adquirida no monitoramento econômico-financeiro do mercado.

A RN nº 290, de 2012, simplificou o Plano de Contas Padrão, exigido pela ANS. A nova resolução aplica-se aos registros contábeis a partir de 1º de janeiro de 2012. Como as normas da ANS já seguem o padrão internacional desde 2010, a inovação diz respeito às orientações para auxiliar o setor de saúde na aplicação dessas regras. A simplificação do plano de contas vai permitir que as operadoras, além de mais agilidade na prestação das informações, possam também reduzir custos operacionais.

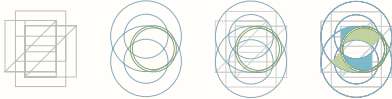
Houve redução de cerca de 40% das linhas do plano de contas, o que trouxe mais racionalidade, sem perda da qualidade das informações fornecidas à ANS, para fins de monitoramento do setor. A RN consolidou 14 outras normas da ANS sobre o tema. Trata-se de um passo importante na direção de uma convergência contábil responsável, na qual prevalecem os objetivos regulatórios.

• **Procedimentos de adequação econômico-financeira (PAEF). Consulta Pública nº 47, de setembro de 2012; e Resolução Normativa nº 307, de outubro de 2012.**

A Consulta Pública nº 47 ficou aberta no período de 13/7/2012 a 11/8/2012. A minuta dispôs sobre os Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (PAEF). Da Consulta Pública resultou a Resolução Normativa RN nº 307, de outubro de 2012.

O eixo central da RN é a diferenciação dos requisitos para a recuperação econômico-financeira conforme o porte das empresas, o que pode conferir menor custo regulatório para as pequenas e médias operadoras. Os procedimentos de adequação econômico-financeira formam o conjunto de medidas e ações que visam, em espaço de tempo determinado, corrigir, de forma gradual, anormalidades econômico-financeiras detectadas no funcionamento de operadora de planos privados de assistência à saúde.

O objetivo da norma é garantir que as operadoras que possuam desequilíbrio econômico-financeiro, inconsistências contábeis, ou que não atendam às regras prudenciais estabelecidas pela ANS – tais como exigência de solvência, de capital mínimo, de constituição de provisões técnicas e dos correspondentes ativos garantidores – apresentem solução adequada para os problemas identificados, de maneira a restabelecer a normalidade em um prazo previamente determinado, assegurando, assim, que seus beneficiários mantenham o devido acesso às coberturas assistenciais, de forma contínua e qualitativa.



• **Atualização dos requisitos mínimos para autorização pela ANS para alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão de operadoras.** Resolução Normativa nº 270, de outubro de 2011; e Resolução Normativa nº 299, de julho de 2012.

A RN no 270 estabelece regras para os procedimentos e os requisitos mínimos para autorização, pela ANS, dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão das operadoras. A edição da RN nº 299, de 2012 decorreu do que a experiência prática mostrou ser eficiente e à luz de uma abordagem mais moderna da teoria de Direito Empresarial.

• **Entendimento sobre Plano de Contas Padrão da ANS.** Súmula Normativa nº 18/ Diretoria Colegiada, de julho de 2011.

A Súmula Normativa nº 18 esclarece os seguintes itens: 1- na contabilização no Plano de Contas Padrão da ANS, em relação ao Ativo Imobilizado e à Propriedade para Investimento, não é permitida a opção pelo custo atribuído (*deemed cost*) na aplicação inicial, contida no ICPC 10. 2- É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde modificar o custo de aquisição do seu Ativo Imobilizado, bem como das Propriedades para Investimento. 3 - Também é vedado o reconhecimento dos efeitos decorrentes da opção pelo custo atribuído (*deemed cost*), promovidos por sociedades coligadas ou controladas das operadoras de planos privados de assistência à saúde, cujos investimentos estejam sujeitos à avaliação pelo método de equivalência patrimonial.

• **Regimes Especiais.**

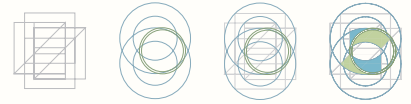
Em 2011, a principal diretriz para o trabalho de Regimes Especiais foi a busca pela otimização e maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis, em especial, a redução do tempo médio de duração de tais medidas interventivas e a redução do montante de recursos adiantados para a condução de tais processos, seja para o pagamento de honorários de diretores fiscais, seja para o pagamento de despesas imprescindíveis e inadiáveis dos processos liquidatários.

Entre as iniciativas, está o processo seletivo de ampliação do cadastro de profissionais para o exercício das funções de diretor fiscal e de liquidante extrajudicial, e concessão de maior publicidade e impessoalidade a esse processo seletivo. Por meio de programa de redistribuição de agentes, foi aumentada a quantidade de direções fiscais e/ou liquidações extrajudiciais conduzidas por um mesmo agente, na medida em que se pretende reduzir o montante de recursos despendidos a título de adiantamento para pagamento de honorários de diretores fiscais e de despesas imprescindíveis e inadiáveis dos processos liquidatários. O planejamento de redistribuição e de concentração de agentes é uma medida com efeitos apenas em médio prazo.

Esses resultados, aliados à redução do número de ingressos de operadoras em direção fiscal, em relação aos anos anteriores, indicam tendência de redução da quantidade total de direções fiscais e de liquidações extrajudiciais no período.

• **Parceria entre a ANS e a ANVISA - divulgação de banco de dados com preços dos produtos para a saúde, comercializados no país.**

Desde setembro de 2010, informações e preços sobre cerca de 300 produtos da área de cardiologia



estão disponíveis para consulta por gestores, profissionais de saúde e outros interessados. O objetivo da ferramenta é diminuir a assimetria de informações disponíveis nessa área. Além de dados de registro, é possível saber preços praticados no Brasil, no local de fabricação do produto e em mais dez países.

Cateteres, marca-passos e válvulas cardíacas são alguns dos produtos disponibilizados nessa primeira etapa do projeto. O banco de dados, que será atualizado constantemente, abrange mais seis áreas de produtos: ortopedia, análises clínicas, terapia renal substitutiva, oftalmologia, otorrinolaringologia e hemoterapia.

Além disso, é possível comparar preços de produtos com similaridade de uso. A ANS vai repassar as informações do banco para as operadoras de planos de saúde, evitando, assim, aquisições a preços superiores aos praticados no mercado.

• Reunião do Subcomitê de Solvência da Associação Internacional de Seguros.

Em dezembro de 2010, a ANS organizou a reunião do Subcomitê de Solvência da Associação Internacional de Seguros (IAIS), entidade internacional da qual faz parte. O objetivo do encontro foi elaborar guias e padrões de regulação e solvência para a convergência global das normas do setor.

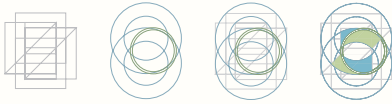
A reunião Subcomitê faz parte do calendário anual da IAIS e prevê a troca de experiências com base no relato que cada participante faz do que se passa em seu país, seguindo as regras baseadas em riscos. Além de representantes da ANS, participaram do encontro técnicos da Superintendência de Seguros Privados (Susep) e membros estrangeiros da Associação Internacional de Seguros. A reunião é trimestral, sendo que a última foi em setembro de 2010, em Sidney, Austrália.

• *Workshop* de principais práticas atuariais do setor de Saúde Suplementar.

Em julho de 2012, a ANS realizou um *workshop*, com a presença de 54 profissionais que atuam no mercado de saúde suplementar. O evento teve como objetivo discutir as principais práticas atuariais para o setor, além de esclarecer itens dos normativos em vigor que afetam diretamente esse trabalho nas operadoras. Por conta da grande demanda por inscrição e da limitação de vagas, a ANS avalia a formatação de um novo evento sobre aspectos atuariais que tenha foco mais amplo e direcionado a outros profissionais do setor.

• Comissões.

Participação na Comissão Nacional de Atuária, promovida pela PREVIC, de reuniões técnicas para a discussão de assuntos em comum com a Susep e do subcomitê de solvência da *International Association of Insurance Supervisors* (IAIS). Esta última participação contribuiu para a revisão do modelo de solvência do setor. Além disso, com a participação em fóruns internacionais, a Agência passou a integrar uma pesquisa do *Centre for Financial Regulation & Inclusion* (Cenfri), com o objetivo de analisar a adesão do Brasil às regras de organismos internacionais (Comitê da Basileia, Iosco), bem como o impacto dessas regras para a inclusão de indivíduos excluídos financeiramente da economia formal. O relatório final, que tem uma seção exclusiva para a ANS, pode ser acessado no seguinte link: *Brazil's Engagement with Standard Setting Bodies and the Implications*



for *Financial Inclusion*, Sep 30, 2011 - http://www.gpfi.org/knowledge bank/casestudies_

- **Câmara Técnica de ajustes ao patrimônio para fins de PMA e margem de solvência.** Em 2011, foi criada a Câmara Técnica de Ajustes ao Patrimônio para Fins de PMA e Margem de Solvência, composta por representantes do setor e interessados na questão. A discussão teve como objetivo a alteração da norma que trata dos ajustes econômicos no patrimônio das operadoras para a verificação do atendimento às exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e de Margem de Solvência (MS).

- **Cartilha de referências para cálculos econômico-financeiros.**

A Cartilha foi divulgada no portal da ANS para auxiliar as operadoras a traçar um panorama sobre suas garantias financeiras e ativos garantidores. Traz, de forma didática, esclarecimentos sobre a regulação técnica do mercado, para a elaboração de documento que contenha os principais requisitos regulatórios a serem observados pelas operadoras.

3.4 - INCENTIVO À CONCORRÊNCIA

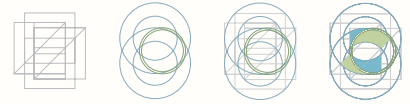
De 2010 a 2012, quanto às medidas para incentivo à concorrência, foi aprofundado o relacionamento com o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SDE do Ministério da Justiça, SEAE do Ministério da Fazenda e CADE), para a identificação de mercados concentrados, para a adequação da regulamentação da ANS às necessidades específicas do setor. As regras de mobilidade da portabilidade de carências foram ampliadas, por meio da flexibilização de requisitos, da inclusão de planos coletivos por adesão e da criação da portabilidade especial.

3.4.1 - Ações previstas na Agenda Regulatória 2011-2012

- **Ampliação do direito à portabilidade de carências.** Consulta Pública nº 34, de outubro de 2010, e Resolução Normativa nº 252, de abril de 2011.

A possibilidade de mudar de plano de saúde levando consigo os períodos de carência já cumpridos é uma realidade desde a RN nº 186, de 2009, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Com a RN nº 252, de 2011, as regras de portabilidade foram ampliadas, por meio da flexibilização de requisitos e da inclusão dos planos coletivos por adesão.

Em junho de 2010, a ANS instituiu a Câmara Técnica de Portabilidade, para apresentar proposta de ampliação das regras da portabilidade para planos de saúde. Foram feitas as seguintes propostas: I) portabilidade das carências para os beneficiários de planos coletivos por adesão; II) redução do prazo para as pessoas realizarem a portabilidade pela segunda vez – de dois anos para um ano; III) implementação da portabilidade especial, para beneficiários em operadoras que estiverem em processo de liquidação extrajudicial; IV) inclusão, no cartão do beneficiário, do número do registro do plano; V) acesso à rede prestadora de cada plano de saúde; e VI) aumento, de dois para quatro



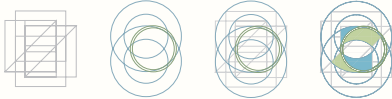
meses, do prazo para o exercício da portabilidade, depois da data de aniversário do contrato.

A Câmara Técnica foi composta por entidades representativas das operadoras, dos órgãos de defesa do consumidor e do Ministério da Fazenda. Com as contribuições das três reuniões da Câmara Técnica, foi realizada Consulta Pública, no período de 21/10/2010 a 20/11/2010, que recebeu 295 contribuições. Entre os principais ganhos para o consumidor, com a publicação da RN, estão: a extensão do direito para os beneficiários de planos coletivos por adesão e a instituição da portabilidade especial para clientes de planos extintos. A norma ampliou as regras de portabilidade de carências, tendo atingido um universo de aproximadamente 12 milhões de beneficiários, que passaram a ter direito a mudar de plano de saúde sem cumprimento de novos prazos de carência. A medida aumenta o poder de decisão do consumidor, faz crescer a concorrência no mercado e, em consequência, gera melhoria do atendimento prestado ao beneficiário de plano de saúde.

As principais mudanças nas regras de portabilidade foram:

- I) A abrangência geográfica do plano (área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas contratadas pelo beneficiário) deixa de ser exigida como critério para a compatibilidade entre produtos. Dessa forma, o beneficiário não precisa mais se preocupar se o seu plano é estadual, municipal ou nacional, para poder exercer a portabilidade;
- II) O prazo para o exercício da portabilidade passa de dois para quatro meses, a partir do mês de aniversário do contrato;
- III) A permanência mínima no plano é reduzida, de dois para um ano, a partir da segunda portabilidade;
- IV) A ampliação das informações sobre o plano: a operadora do plano de origem deverá comunicar a todos os beneficiários a data inicial e final do período estabelecido para a solicitação da portabilidade de carências. Essa informação deve constar do boleto de pagamento do mês anterior ao referido período, ou em correspondência enviada aos titulares dos contratos, se não for enviado o boleto;
- V) A criação da portabilidade especial para: beneficiário de operadora que não tiver efetuado a transferência de carteira depois da decretação de alienação compulsória pela ANS; e beneficiário de plano de saúde extinto por morte do titular;
- VI) O direito à portabilidade é estendido aos beneficiários de Planos Coletivos por Adesão novos, os quais contam, atualmente, com pouco mais de cinco milhões de beneficiários; e
- VII) Além de valer para mudança entre planos individuais, a portabilidade passa a ter os seguintes fluxos: Plano Coletivo por Adesão novo - Plano Individual novo; Plano Individual novo – Plano Coletivo por Adesão novo; Plano Coletivo por Adesão novo – Plano Coletivo por Adesão novo.

Para o exercício da portabilidade especial, foi fixado um prazo de até 60 dias, a contar da publicação de ato da Diretoria Colegiada da ANS (no caso de alienação compulsória frustrada, quando caberá prorrogação), ou da extinção do contrato (nos demais casos). Os critérios da



Portabilidade Especial foram parcialmente flexibilizados: não há a restrição do mês do aniversário do contrato ou subsequente para efetuar a portabilidade; e são exigidos tipo compatível, faixa de preços igual ou inferior, e adimplência.

Para auxiliar o beneficiário que deseja exercer a portabilidade e facilitar o acesso a informações daqueles que pretendem contratar um plano de saúde, a ANS desenvolveu o Guia ANS de Planos de Saúde, um sistema eletrônico que permite o cruzamento de dados para consulta e comparação de mais de cinco mil planos privados de saúde comercializados no país.

Em 2012, a ANS publicou a RN nº 289, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências para os beneficiários que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano de saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente.

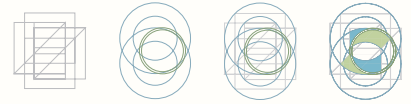
• **Entendimento sobre portabilidade de beneficiários de planos coletivos. Súmula Normativa nº 24, de julho de 2012.**

Estabelece entendimento vinculativo quanto à portabilidade em planos coletivos. Estabelece que em planos coletivos, 1) o mês de aniversário do contrato, para efeito do exercício da portabilidade, coincide com a data de celebração do instrumento contratual entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de planos privados de assistência à saúde, salvo na hipótese em que houver a figura da administradora de benefícios como estipulante, cujo entendimento será regido pelo item 2; 2) os contratos coletivos em que a administradora de benefícios figurar como estipulante do instrumento firmado com a operadora de planos privados de assistência à saúde, na forma do disposto no inciso III do art. 23 da RN nº 195, de 2009, o mês de aniversário para exercício da portabilidade coincide com a data da celebração do contrato coletivo entre a operadora de planos privados de assistência à saúde, administradora de benefícios e a vinculação da primeira pessoa jurídica contratante; e 3) o mês de aniversário do contrato para fins de portabilidade dos beneficiários das demais pessoas jurídicas contratantes é aquele descrito no item 2 desta Súmula, ainda que a primeira pessoa jurídica contratante se desvincule da referida relação.

• **Informações sobre preços dos planos coletivos empresariais. Resolução Normativa nº 304, de setembro de 2012.**

A norma dispõe sobre o encaminhamento da Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP) para planos coletivos empresariais. As operadoras de planos de saúde deverão prestar informações à ANS sobre a formação de preços dos planos coletivos empresariais que comercializam. O objetivo da medida é estender a regra de portabilidade de carências aos beneficiários vinculados a planos coletivos empresariais. As informações deverão ser enviadas pelas operadoras para a ANS, a partir de janeiro de 2013, por meio da Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), assim como já ocorre para os demais planos.

Atualmente, os planos coletivos empresariais são os únicos em que ainda não há possibilidade de portabilidade de carências, exceto em situações específicas. As exceções são: I) para ex-empregados aposentados ou demitidos sem justa causa; II) em caso de operadoras cuja liquidação será decretada



ou cujos registros serão cancelados pela ANS; e III) para os dependentes no caso de morte do titular. A ampliação da portabilidade para esses casos incentivará a concorrência no setor graças à facilidade de se trocar de plano. A medida terá um impacto ainda maior nos planos com até 30 beneficiários, cujas empresas contratantes, geralmente de médio e pequeno portes, têm pouco poder de barganha na aquisição e nas negociações referentes a reajustes desses planos.

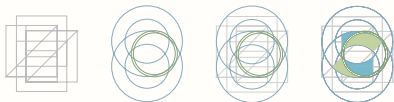
• **Incentivo à Comercialização de Planos Individuais. Consulta Pública nº 48, de 2012-*Pool* de Risco e Resolução Normativa nº 309, de outubro de 2012.**

A proposta de nova Resolução Normativa esteve em Consulta Pública durante 30 dias, no período entre 1º/8/2012 e 30/8/2012, e recebeu contribuições de vários setores da sociedade. A ANS também realizou quatro reuniões da Câmara Técnica do *Pool* de Risco, para definir a metodologia de agrupamento dos contratos para o reajuste dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários. A norma estabelece as regras de reajuste para os contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários. Com essa medida, o objetivo da ANS é tornar mais estável o reajuste desses planos coletivos com menos de 30 beneficiários, além de aumentar a competitividade entre as operadoras, oferecendo maior poder de escolha aos beneficiários.

A medida possibilitará diluir o risco dos contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste. É importante ressaltar que a ANS não definirá os percentuais de reajuste desses planos, mas as regras para o cálculo desses percentuais. Os planos coletivos com menos de 30 beneficiários representam 85% dos contratos de planos de saúde no país, com cerca de dois milhões de usuários.

Com a nova determinação, a ANS busca tornar mais estável o reajuste desses planos, além de aumentar a competitividade entre as operadoras, oferecendo maior poder de escolha aos beneficiários. Busca também aumentar o mutualismo entre esses grupos, estabilizando os reajustes apurados. Além disso, tem como objetivo tornar o reajuste um fator de competição no mercado, já que as operadoras serão obrigadas a divulgar os percentuais em seus portais na internet, reduzindo a assimetria de informação, tornando o reajuste mais transparente e dando maior poder de decisão ao consumidor.

O cenário antes da proposta era o seguinte: I) existem planos registrados e comercializados como planos coletivos, mas que, em sua essência, têm características que se assemelham às dos planos individuais; II) os planos coletivos que possuem um perfil de risco individual causam uma distorção na carteira de planos coletivos, que se dá por meio de um alto índice de sinistralidade; III) a receita auferida pelos contratos desses planos por vezes não é suficiente para cobrir as respectivas despesas, e, como consequência, esses necessitam de reajustes elevados para se manterem financeiramente equilibrados; IV) considerando-se todos os contratos, 25,2% dos consumidores que estão em contratos com menos de 30 beneficiários recebem entre 0% e 10% de reajuste, e 74,8% recebem mais de 10% de reajuste; e V) as alegações das operadoras para não comercializar planos individuais são a baixa governabilidade sobre a margem de lucro, o controle do reajuste pela ANS e a impossibilidade de rescisão unilateral.



Além disso, compõem o cenário os seguintes elementos: I) a quantidade de beneficiários em planos novos de contratação coletiva cresceu mais rapidamente do que em planos individuais, entre os anos de 2000 e 2010; II) a ANS possui a prerrogativa de autorizar, homologar ou monitorar reajustes; III) dos comunicados de reajuste dos planos coletivos, 10% são formados por contratos com apenas 1 beneficiário; 56% possuem de 1 a 5 beneficiários; e mais de 86,25% possuem até 30 beneficiários; no entanto, 11,73% dos beneficiários estão em contratos com até 30 vidas; e IV) um limite mínimo de 2.000 beneficiários num pool de risco coletivo para a fixação do reajuste é um desincentivo à comercialização dos planos coletivos com perfil de risco de planos individuais.

Em síntese, os dados indicam que as carteiras com menos de 30 beneficiários são as mais vulneráveis, tanto com relação à volatilidade dos reajustes aplicados, quanto na possibilidade de mobilidade sem cumprimento de carência.

Diante do problema, a ANS propôs uma revisão do modelo atual de regulamentação dos reajustes de planos coletivos, visando a: I) estimular a comercialização de planos individuais; II) minimizar a vulnerabilidade dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários; III) tornar os reajustes estáveis dentro de um pool de risco coletivo; e IV) incentivar a concorrência no setor de Saúde Suplementar.

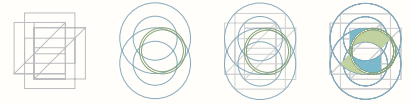
A proposta é que esses planos coletivos com número reduzido de beneficiários e, portanto, com reduzida capacidade de diluição de risco, tenham um único reajuste anual, calculado para toda a sua carteira, por operadora de saúde. Dessa forma, a motivação da proposta do pool de risco foi proteger o consumidor, ao: I) aumentar o mutualismo; II) aumentar a comparabilidade entre os reajustes; e III) gerar concorrência (criatividade e transparência).

• Plano de trabalho ANS e Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência.

A ANS, em conjunto com os órgãos que compõem o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC), acordaram um Plano de Trabalho para propor política que viabilize maior equilíbrio entre os agentes econômicos e maior concorrência no setor de Saúde Suplementar. O Plano de Trabalho contempla a discussão conjunta de determinados temas, como a relação entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, e, em especial, a remuneração dos médicos, e o atual grau de concorrência existente no setor. Em 2011, também, foi renovado o Acordo de Cooperação Técnica entre a ANS e os integrantes do SBDC.

• Estudo para a análise do grau de concorrência em possíveis mercados relevantes.

Em recente julgamento de ato de concentração, o Cade considerou favoravelmente a metodologia defendida pela ANS sobre a determinação de mercados relevantes de planos médico-hospitalares em análises de atos de concentração. Para concluir esse estudo, é necessário finalizar o processo de contratação de consultoria para a pesquisa que aperfeiçoará a metodologia de determinação de mercados relevantes para planos médico-hospitalares e dar início a uma pesquisa para a definição de mercados relevantes de planos ambulatoriais e exclusivamente odontológicos, e para serviços de saúde. A ação continuará em 2013.



3.5 - PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

De 2010 a 2012, a ANS trabalhou na busca pelo entendimento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sempre no intuito de salvaguardar o equilíbrio do mercado e garantir o atendimento com qualidade aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

3.5.1 Ações previstas na Agenda Regulatória 2011-2012

- **Implementação de conjunto de termos que identificam os eventos e itens assistenciais na Saúde Suplementar. Consulta Pública nº 43, de 2011; Resolução Normativa nº 305, de 2012; e Instrução Normativa nº 51, de 2012.**

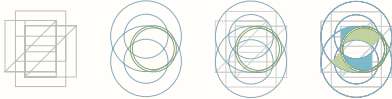
Realizadas reuniões do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (Copiss) e com grupos técnicos compostos por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, das operadoras, dos prestadores e de Instituições de Ensino e Pesquisa e Entidades de Defesa do Consumidor, tanto para aprimorar o Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), como para revisar periodicamente a Tabela de Terminologias Unificadas da Saúde Suplementar (TUSS). Após o trabalho conjunto, foi aberta a Consulta Pública nº 43, de Atualização do Padrão de Troca de Informação na Saúde Suplementar (Padrão TISS) no período de 7/6/2011 a 5/8/2011, que resultou em mais de 14 mil contribuições, analisadas e respondidas pela ANS.

Em 9 de outubro de 2012 foi aprovada a Resolução Normativa nº 305, de 2012, que estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar- Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; bem como a Instrução Normativa nº 51, que regulamenta a RN nº 305, de 2012, e institui o Sistema de Gestão do Padrão TISS.

- **Promoção de pacto setorial para a definição e criação de estímulos e mecanismos indutores para nova sistemática de remuneração dos hospitais.**

O atual modelo de remuneração de hospitais apresenta distorções oriundas, em especial, dos incentivos criados pela lógica de remuneração por serviços (*fee-for-service*). Tal modelo de remuneração tende a incentivar o sobreuso de insumos médicos, aumentando, assim, os custos gerais do sistema, para todos os beneficiários, sem que esse aumento de custo se reflita em maior qualidade assistencial.

Formado um Grupo Técnico de Remuneração de Hospitais, com o objetivo de propor alternativas que contribuam para a sustentabilidade do setor, mudando a lógica atual de remuneração atrelada ao maior consumo, principalmente de materiais e medicamentos. Concluída a rodada do Rio de Janeiro (diretrizes e rumos do novo modelo de remuneração). Concluído o pacto sobre remuneração de medicamentos (orientação geral sobre implementação da RN nº 241, de 2010, e Resolução nº 3, de 2009, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos-CMED). Produto concluído: Documento da rodada do Rio de Janeiro – Orientação Geral sobre a Implementação da RN nº 241, de 2010.



O Grupo de Remuneração de Hospitais possui relação estreita com o Grupo de Trabalho de Honorários Médicos, pois, ao longo dos últimos anos, ocorreu uma defasagem da participação relativa dos honorários médicos em relação aos demais serviços e insumos de saúde pagos pelas operadoras. As distorções existentes no modelo de remuneração dos hospitais, no qual os preços dos serviços hospitalares (diárias e taxas) estão dissociados de seus custos, fez com que a comercialização de medicamentos, materiais e OPME (órteses, próteses e materiais especiais) passasse a responder de forma mais expressiva pela receita desses estabelecimentos e pela participação nas despesas assistenciais totais das operadoras.

3.5.2 - Demais ações relacionadas a prestadores de serviços

• Contratualização.

A ANS estabeleceu, em 2003 e 2004, normas de contratualização entre operadoras e prestadores de serviços. A RN nº 42, de 2003 estabeleceu regras gerais dos contratos das operadoras com as entidades hospitalares; a RN nº 54, de 2003, regras gerais dos contratos das operadoras com clínicas e laboratórios; e a RN nº 71, de 2004, regras gerais para os instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras e os profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios. As três normas determinam que os instrumentos jurídicos devem estabelecer, com clareza e precisão, as condições para a sua execução expressas em cláusulas que definam os direitos, as obrigações e as responsabilidades das partes. Em maio de 2012, a IN nº 49 regulamentou o critério de reajuste quanto à forma e à periodicidade.

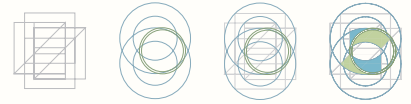
Em julho de 2010, a ANS lançou o Programa de Monitoramento da Contratualização. Desde o seu início, foram monitoradas operadoras de planos de saúde que, em conjunto, respondem a cerca de 12 milhões de beneficiários. Além do Programa, são analisadas todas as denúncias de irregularidades nos instrumentos contratuais, principalmente quanto à forma e à periodicidade dos reajustes, encaminhadas por médicos ou por suas representações. Caso os instrumentos jurídicos analisados não estejam de acordo com as normas de contratualização, as operadoras são representadas.

• Entendimento sobre inibição à solicitação de exames pelos prestadores de serviços de saúde. Súmula Normativa nº 16 / Diretoria Colegiada, de abril de 2011.

A Súmula frisa que é vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde adotar e/ou utilizar mecanismos de regulação baseados meramente em parâmetros estatísticos de produtividade os quais impliquem inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços de saúde, sob pena de incorrerem em infração.

• Entendimento sobre relacionamento entre cooperativas e cooperados para fins de reajuste. Súmula Normativa nº 20 / Diretoria Colegiada, de agosto de 2011.

A Súmula dá o entendimento que, no relacionamento entre cooperativas e cooperados, se os critérios de reajuste, contendo forma e periodicidade, estiverem estabelecidos de maneira clara e precisa na Assembleia-Geral Ordinária de que trata o art. 44 da Lei nº 5.764, de dezembro de 1971, ter-se-á por atendido o disposto na alínea “c” do inciso VII do parágrafo único do art. 2º da RN nº 71, de 17 de março de 2004.



• **Entendimento sobre organização e funcionamento da prestação dos serviços assistenciais à saúde. Súmula Normativa nº 23 / Diretoria Colegiada, de fevereiro de 2012.**

A Súmula traz o seguinte entendimento: Os artigos 17 e 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, por conterem normas de organização e funcionamento da prestação dos serviços assistenciais à saúde, e por exigirem de seus destinatários a observância de determinadas regras de comportamento para a adequada preservação dos contratos de planos privados de assistência à saúde, apresentando características típicas das normas jurídicas integrantes de um regime jurídico ou regime legal, aplicam-se às situações jurídicas definitivamente constituídas antes de sua vigência, sem afrontar a garantia prevista no artigo 5º, inciso XXXVI, da Constituição Federal.

Os artigos 17 e 18 da Lei nº 9.656, de 1998, de que trata a Súmula, estabelecem, respectivamente: I) que a inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de qualquer entidade hospitalar implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos; e II) que a aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde impõe-lhe obrigações e direitos elencados na referida Lei.

• **Grupo de Trabalho de Honorários Médicos.**

Em fevereiro de 2010, foi instituído o Grupo de Trabalho de Honorários Médicos, com a participação das entidades representativas dos médicos e das entidades representativas das operadoras de planos de saúde. Também foi acertado um programa de trabalho com o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência.

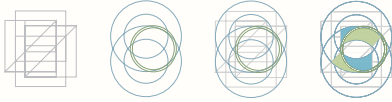
Os objetivos do Grupo Técnico são:

I) Apresentar alternativas de critérios de reajuste dos honorários médicos que possam ser utilizadas como referência para os contratos; ou seja, garantir que os critérios de reajustes entre operadoras e prestadores sejam claros e objetivos, conforme determina a legislação; e

II) Debater a adoção de critérios de hierarquização de procedimentos médicos, como, por exemplo, portes da CBHPM por parte das operadoras de saúde. Isso porque se verificou que a não adoção pelo setor de critérios técnicos para a adequada precificação dos valores pagos pelos procedimentos médicos acabou gerando desinteresse em realizá-los, por parte de médicos de algumas especialidades.

• **Grupo de Trabalho do Novo Modelo de Reajuste.**

O Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste discute a metodologia de reajustes dos planos individuais pós-regulamentados, com vista à construção de um novo modelo para o setor. O modelo proposto deve ainda refletir, com maior eficiência, a variação dos custos na saúde suplementar e contemplar os esforços das operadoras de planos de saúde para a melhoria da produtividade/qualidade/eficiência em suas atividades, com metodologia que possibilita comparar a eficiência das operadoras, com base nos insumos utilizados e nos resultados alcançados. Uma das etapas do modelo é a construção de uma matriz de insumos e produtos. Entre os insumos constantes na



proposta inicial está o valor médio das consultas pago pela operadora.

• Grupos externos de trabalho.

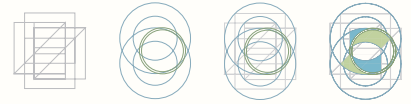
A ANS vem desenvolvendo ações regulatórias estruturantes, bem como atuando como facilitadora em diversos fóruns, na discussão de formas de revisão e atualização dos honorários médicos. Como exemplo, cita-se a participação nas discussões sobre hierarquização de procedimentos na Procuradoria-Geral do Trabalho (PGT) junto com as entidades médicas, como a AMB, o CFM e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam); e com o Cade, a SDE e a SEAE.

Em 2011, representantes da ANS e do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) deram continuidade ao grupo de trabalho que discute aspectos relacionados à situação dos médicos prestadores de serviços e sua relação com as operadoras de saúde. Foram concluídos os entendimentos dos seguintes pontos: I) Que a ANS e a SDE entendem que a Classificação Brasileira de Hierarquização de Procedimentos Médicos (CBHPM) pode ser usada como referência técnica para balizar as discussões de remuneração médica do setor de saúde suplementar, com o objetivo de garantir maior qualidade na assistência, ficando a cargo da ANS atuar como facilitadora no processo de sua implementação. II) Que a aceitação da CBHPM não envolve a fixação de valores por parte das entidades médicas e que o CADE está ciente da discussão e participando do Grupo Técnico que discute a hierarquização. III) Que compete à SDE, à SEAE e ao CADE tratar de aspectos concorrenciais inclusive no Setor de Saúde Suplementar. IV) Que a ANS está atuando para buscar um entendimento entre o CADE e as entidades representativas dos médicos no que diz respeito à possibilidade de negociação coletiva por parte dos médicos, respeitados os parâmetros determinados pelo SBDC, sistema que tem por objetivo incentivar a concorrência no setor, preservar a qualidade dos serviços e os direitos dos beneficiários de plano de saúde.

• Seminário sobre Assistência Hospitalar.

Em dezembro de 2010, a ANS realizou o Seminário de Desenvolvimento Setorial, com o objetivo de discutir experiências de assistência hospitalar, nacionais e internacionais. O objetivo principal do Seminário foi conhecer e discutir as experiências desenvolvidas por outros países e analisar, junto com o setor, o que pode ser adotado para a implantação da qualificação dos prestadores da saúde suplementar no Brasil.

No Seminário, foram apresentadas as experiências de alguns países e do Brasil, e abordados alguns temas, entre os quais se destacaram: I) desempenho dos prestadores hospitalares nos sistemas de saúde no mundo; II) sistema de medição de desempenho dos prestadores com foco nos resultados assistenciais; III) sistemas de avaliação e impacto do monitoramento; IV) avaliação da qualidade; V) indicadores assistenciais na avaliação da qualidade; VI) segurança do paciente; VII) mensurações para a acreditação de hospitais; VIII) expectativas das entidades patronais no Brasil; IX) tendências para o sistema suplementar na perspectiva do paciente no centro do cuidado; X) modelos de remuneração e avanços nas formas de integração do sistema de saúde visando à sustentabilidade; XI) contratualização do ponto de vista das operadoras e dos prestadores; e XII) Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS).



• **Outras medidas da ANS relacionadas aos prestadores de serviços de saúde.**

I) **Acreditação de Operadoras:** o objetivo é incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial oferecida pela saúde suplementar. É um processo voluntário de avaliação da adequação e da eficiência dos serviços oferecidos pelas operadoras. No modelo proposto, há uma dimensão inteira que trata da dinâmica da qualidade e do desempenho da rede prestadora conveniada às operadoras. O objetivo da dimensão é estimular as operadoras a desenvolver uma nova forma de relacionamento com sua rede, ao investir em conhecimento e melhor remuneração.

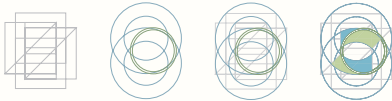
II) **Programa de Incentivo à Qualificação dos Prestadores:** busca a valorização dos prestadores de serviço em saúde, inclusive os médicos.

III) **Plano de Recuperação Assistencial e Regime Especial de Direção Técnica:** sempre que detectadas anormalidades administrativas graves que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a operadora deverá apresentar e documentar as medidas implementadas para solucionar tais anormalidades. Ou poderá apresentar um plano de recuperação assistencial, que deverá especificar as medidas, as projeções e as metas a serem alcançadas para o equacionamento das anormalidades graves detectadas, com o acompanhamento dos documentos comprobatórios. Se nenhuma dessas medidas apresentar resultados, poderá ser instaurada a Direção Técnica. A prática sistemática de não reajustar os prestadores de serviços, descumprindo, assim, regras contratuais estabelecidas, poderá ser considerada desvio administrativo grave, sempre que tal fato constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários.

IV) **Garantia de atendimento aos beneficiários:** a proposta principal do normativo é oferecer equilíbrio na relação de consumo estabelecida pelo instrumento jurídico do plano de saúde, ao garantir que o beneficiário tenha acesso ao atendimento demandando, na forma do contratado. Pretende também estimular as operadoras de planos de saúde a promover o credenciamento de prestadores de serviços nos municípios que fazem parte de sua área de cobertura. A ANS acredita que essa proposta contribui para a valorização dos serviços profissionais de saúde, haja vista a necessidade das operadoras de oferecer condições contratuais adequadas para atrair e manterem os prestadores em suas redes.

3.6 - GARANTIA DE ACESSO À INFORMAÇÃO

De 2010 a 2012, entre as principais iniciativas da ANS no que tange à garantia de acesso à informação estão, entre outros avanços o lançamento da 1ª Carta de Serviços da ANS; a modificação total do portal da ANS, a simplificação da busca por legislação; a disponibilização de ferramenta de busca para o rol de procedimentos; e a criação da Central de Atendimento ao consumidor, no portal da Agência. As principais iniciativas são descritas a seguir.



3.6.1 - Ações previstas na Agenda Regulatória 2011-2012

- Novo portal da ANS – compilação da legislação, dos entendimentos da ANS, buscas e informações para fortalecer o poder de escolha dos consumidores.

A ANS lançou, em 15 de março de 2011, o seu novo portal corporativo. Com navegação simplificada e linguagem bem acessível, o portal ficou mais claro, amigável e deu maior destaque aos serviços disponíveis para o cidadão. O público-alvo da mudança foi o usuário do portal da ANS, em especial os consumidores de planos de saúde, as operadoras de planos de saúde, as entidades de representação da sociedade civil e da sociedade em geral, os prestadores de serviços de saúde, os servidores e os colaboradores da ANS (estes últimos, como gestores de conteúdo e replicadores de informações).

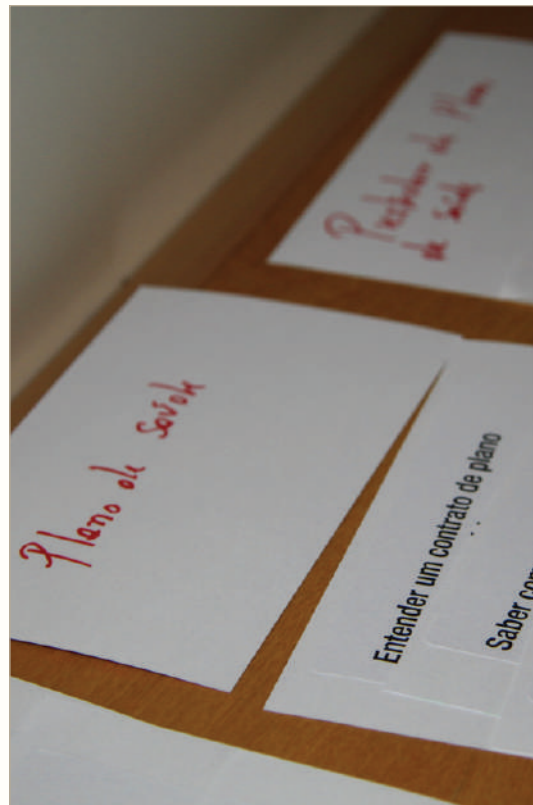
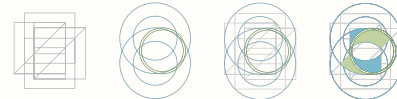
A mudança na principal ferramenta de comunicação da ANS teve início em 2009 e contou com o envolvimento de toda a instituição. Um comitê formado por diversos setores da Agência coordenou o trabalho. Em 2010, os trabalhos intensificaram-se.

Foi formado um cadastro de usuários avaliadores externos à Agência, que responderam a perguntas quanto ao funcionamento e aos conteúdos do portal. O projeto de mudança foi desenvolvido por meio de método de pesquisa: acompanhamento de métricas e testes presenciais e remotos de navegação.

O portal foi desenvolvido em gerenciador de conteúdo gratuito (*software* livre) e cumpre recomendações de acessibilidade do Programa de Governo Eletrônico Brasileiro (E-Gov). Toda a arquitetura da informação foi feita com foco no usuário, em ciclos do qual constaram as seguintes etapas: I) análise de conteúdo; II) brainstorming com participantes do setor; III) revisão de taxonomia (*card-sorting*); IV) revisão de navegação (testes de usabilidade); e V) desenvolvimento.

As sessões de *card-sorting* foram desenvolvidas em grupos, segmentados segundo os principais perfis de público. Os testes de usabilidade envolveram pesquisas presenciais, em parceria com o PROCON do Rio de Janeiro, e a distância, a partir de cadastro de voluntários no próprio portal. O *card sorting* é um método que possibilita observar como o público-alvo organiza, por meio de cartões, as informações da forma que lhe seja mais adequada. Dessa maneira, é possível acompanhar, pelo portal, a lógica de quem o acessa.

Os testes de usabilidade foram feitos no PROCON do Rio de Janeiro, e com representantes de operadoras de planos de saúde e de prestadores de serviços de saúde, além de servidores da própria ANS.



Entre as principais novidades, destacam-se: I) áreas destinadas aos dois principais públicos da ANS - consumidores e operadoras de planos de saúde; II) possibilidade de assinatura de conteúdos; III) compilação de toda a legislação do setor, com as referências de alterações e revogações marcadas no texto; IV) organização de todas as Súmulas Normativas da Agência, com foco na clareza do conteúdo; V) acesso facilitado a perguntas frequentes e aos canais de atendimento da Agência; VI) busca da legislação por número da norma ou por tema, o que facilita o acesso à grande maioria das pessoas que não conhecem os números das normas da ANS; VII) *layout* mais dinâmico; e VIII) acesso rápido às áreas que apareceram como as de maior interesse pelos públicos, nas pesquisas realizadas. Também foram criados o Espaço do Consumidor e o Espaço do Prestador de Serviços.

DISQUE ANS 0800 701 9850 | CENTRAL DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR | BOLETIM ANS

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

A agência reguladora de planos de saúde do Brasil

busca no site da ANS

Busca avançada

Principal | Acesso à Informação | A ANS | Planos de Saúde e Operadoras | Legislação | Participação da Sociedade | Imprensa

Você está em: Legislação > Busca de Legislação

Elaboração da Legislação

Busca de Legislação

Tema

Assunto

Palavra-Chave

Origem

Ordem de exibição

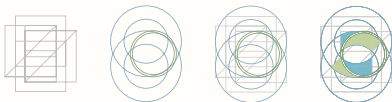
Tipo de Norma

Número da Norma

Incluir Revogadas: Não Sim

Data de publicação: Igual a

Buscar Limpar Legenda dos Tipos de Norma Buscar pelo índice temático



Operadoras- Compromissos e Interações com a ANS

- ▶ Envio de Informações via Sistemas
- ▶ Pagamentos e Parcelamentos de Débitos
- ▶ Processo Administrativo Fiscal - Taxa de Saúde Suplementar

Plano de saúde - Cobertura

- ▶ Cobertura Assistencial - Rol de Procedimentos
- ▶ Doença e Lesão Preexistente
- ▶ Exigência de Caução
- ▶ Garantia de Acesso Assistencial (Prazos e Rede)
- ▶ Promoção da Saúde e Prevenção da Doença
- ▶ Urgência e Emergência

Plano de saúde - Contratação e Troca de Plano

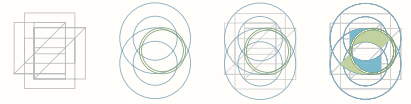
- ▶ Adaptação à Lei nº 9.656/98 e/ou Migração de Contratos
- ▶ Aposentados e Demitidos
- ▶ Formas de Contratação ou de Manutenção da Condição de Beneficiário
- ▶ Mecanismos de Regulação do Uso do Plano
- ▶ Portabilidade de Carências

Plano de saúde - Reajustes de Preços

- ▶ Limites de Variação de Preço por Faixa Etária
- ▶ Reajuste em Planos Exclusivamente Odontológicos
- ▶ Reajuste em Planos Médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica

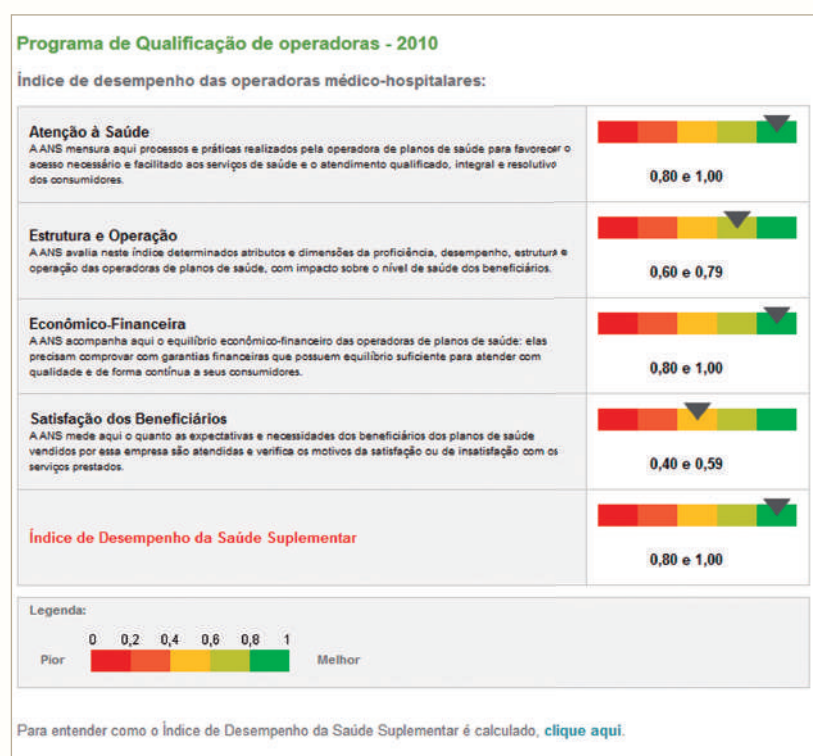
The screenshot shows the ANS website interface. At the top, there is a navigation bar with the ANS logo and the text 'A agência reguladora de planos de saúde do Brasil'. Below this, there is a search bar and a menu with options like 'Principal', 'Acesso à Informação', 'ANS', 'Planos de Saúde e Operadoras', 'Legislação', 'Participação da Sociedade', and 'Imprensa'. The main content area is titled 'Espaço do Consumidor' and contains several articles or links:

- O que o seu plano deve cobrir**: Conheça os seus direitos: o que o seu plano de saúde deve atender, em que estabelecimentos e em que localidades do Brasil.
- Prazos de espera para usar o plano e prazos máximos de atendimento**: Conheça as regras para carência e os prazos máximos para você ser atendido a cada vez que precisar do plano de saúde.
- Reajustes de preços de plano de saúde**: Veja aqui em que situações o seu plano de saúde pode aumentar o preço da mensalidade.
- Faça uma reclamação**: Acredita que a operadora de seu plano de saúde está cometendo alguma infração? Comunique à ANS.
- Acompanhamento de processos**: Acompanhe aqui as decisões de processos.

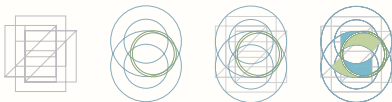


Importante também foi a revisão da linguagem utilizada na comunicação. Por se tratar de um órgão regulador, que deve mediar a interação entre diversos atores no setor, os técnicos da ANS tendem a se comunicar em um linguajar técnico, de difícil compreensão por parte do público leigo. Ao adotar um vocabulário de mais fácil compreensão, a Agência tornou-se mais acessível para beneficiários e consumidores em potencial de planos de saúde.

Busca de dados das operadoras.

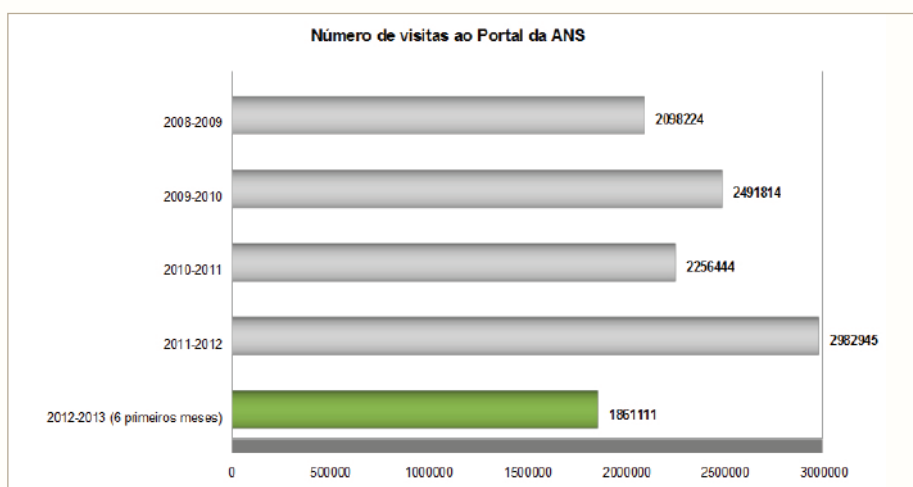


Atualmente, das 20 páginas mais acessadas do portal, incluindo a página principal, 15 são focadas no perfil Consumidor. Em 2010-2011, a maior quantidade de acessos era feita digitando www.ans.gov.br. Em 2011-2012, a maior quantidade de acessos é por meio de ferramentas de busca, o que significa melhoria no processo de indexação do portal e conteúdo mais bem organizado e descrito e, por isso, mais fácil de ser encontrado. Os gráficos a seguir demonstram alguns dos resultados alcançados até 30 de junho de 2012:

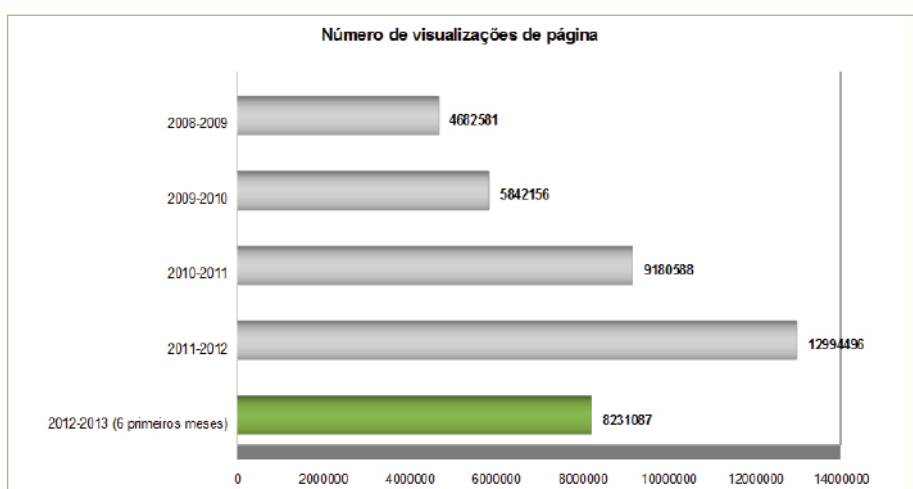


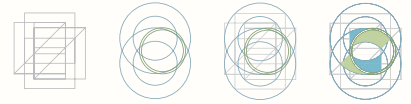
Número de Visitas ao Portal da ANS – o portal é acessado por mais pessoas.

Em 2010 o portal da ANS recebeu cerca de 2,3 milhões de visitas. Em 2011, foram aproximadamente 3 milhões de visitantes, e no primeiro semestre de 2012, chegou a 1,9 milhão. Mantendo essa tendência, os números mostram um aumento de 1,5 milhão de visitas ao portal da Agência em um período de 24 meses.

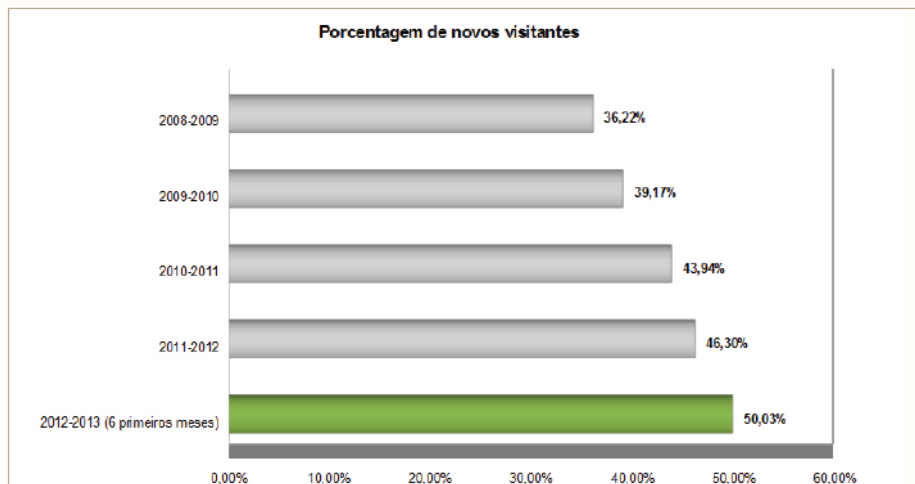


Número de visualizações de páginas - crescimento sinaliza mais interesse pelo conteúdo e mais facilidade de navegação.





Porcentagem de novos visitantes – ANS torna-se mais conhecida pela sociedade.

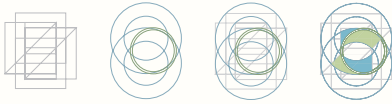


3.6.2 - Demais ações relacionadas à garantia de acesso à informação.

• **Divulgação da primeira Carta de Serviços da ANS.**

Em agosto de 2010, a ANS divulgou, no portal na internet, sua Carta de Serviços, que é um documento que visa informar aos cidadãos os serviços prestados pela Agência, como também ajudar a acessá-los e a solicitá-los, e conhecer os compromissos de atendimento e seus prazos.





A Carta de Serviços faz parte do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública). Em uma iniciativa pioneira na Administração Pública Federal, a ANS apresentou sua carta em versão navegável, simplificando o processo de busca do item desejado, com todos os serviços e produtos da instituição apresentados em uma única ferramenta. Em cada serviço ou produto, é possível conhecer seu conteúdo, consultar os normativos relacionados e, em alguns casos, fazer solicitações diretamente por carta. A carta também está disponível em versão para impressão.

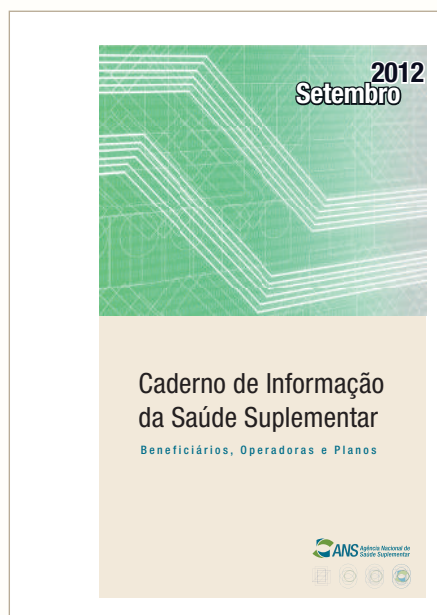
No momento, está em elaboração a próxima Carta de Serviços da ANS, a ser publicada no portal da Agência até o final de 2012.

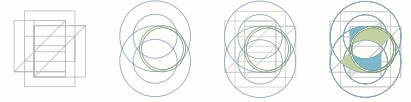
•Publicações.

A ANS manteve e ampliou a divulgação de informações e de conhecimento. As publicações a seguir estão disponíveis em seu portal na internet, e a maior parte delas é também impressa. Foi realizada também a revisão, para uma 2ª edição, do Glossário Temático da Saúde Suplementar, em via de publicação, feita em conjunto com Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI) do Ministério da Saúde. A seguir, estão relacionadas as publicações divulgadas pela ANS no período de 2010 a 2012.

Periódicos: a ANS mantém seis publicações periódicas, a saber:

I) Caderno de Informação da Saúde Suplementar - é publicado desde março de 2004 e tem periodicidade trimestral. Apresenta um panorama dos dados de beneficiários, de operadoras, de planos de saúde e da utilização de serviços. O Caderno de Informação é referência para os dados do setor.

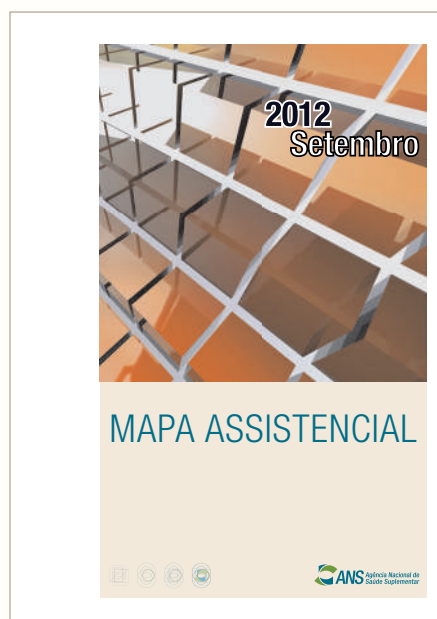


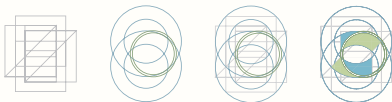


II) Foco Saúde Suplementar - foi criado em março de 2012. Apresenta números do mercado de planos privados de saúde, buscando oferecer um retrato do setor a cada trimestre.

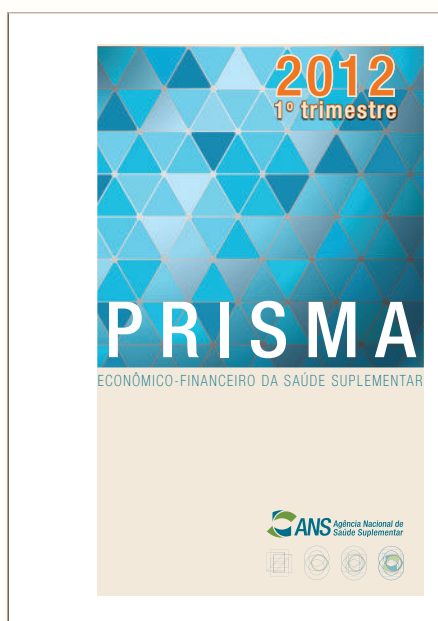


III) Mapa Assistencial - foi lançado em outubro de 2012, e tem periodicidade semestral. O Mapa é uma publicação inédita na história da ANS, dedica-se exclusivamente a divulgar os dados da assistência prestada pelos planos de saúde. O objetivo da publicação é contribuir para o exercício da observação crítica dos dados e permitir uma análise de tendências e comportamentos das operadoras, visando à qualificação da gestão assistencial.

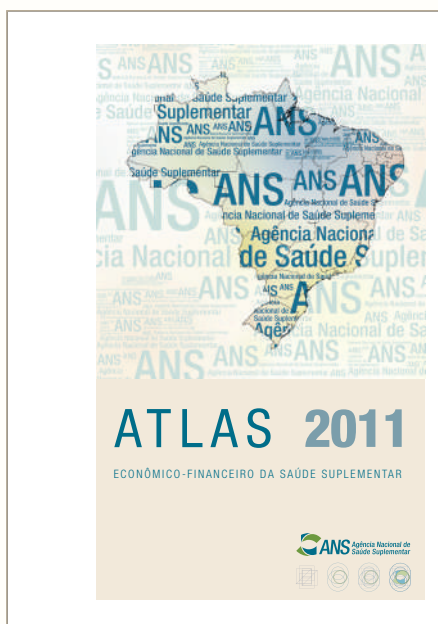


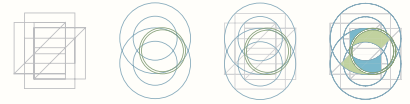


IV) Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar - é publicado desde setembro de 2009 e tem periodicidade trimestral. Apresenta a evolução, nos últimos três anos, dos aspectos econômico, financeiro e patrimonial das operadoras, além de suas garantias financeiras, segmentados por modalidade da operadora. O Prisma é referência para dados econômico-financeiros do setor.

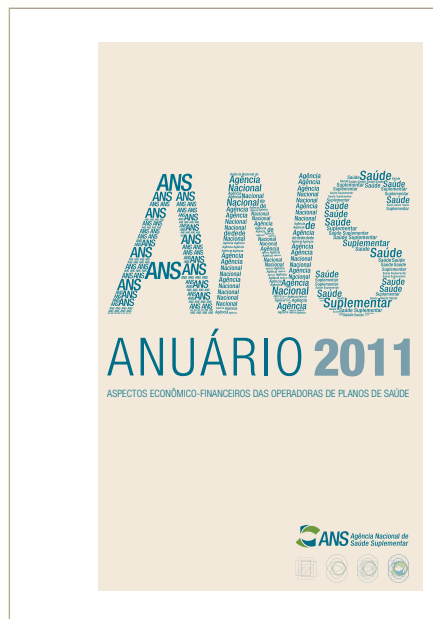


V) Atlas ANS - é publicado anualmente, desde 2005. Apresenta dados econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde por região do país e por modalidade de operadora.





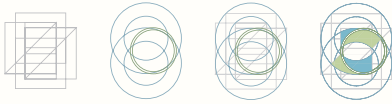
VI) Anuário ANS - também é publicado anualmente, desde 2005. Apresenta dados econômico-financeiros por operadora de planos de saúde.



Folhetos: a ANS publica material informativo voltado principalmente para o consumidor, a saber:

I) Guias práticos de planos de saúde.



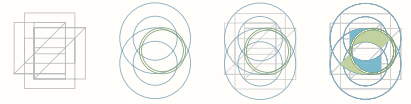


II) Orientações sobre planos coletivos.

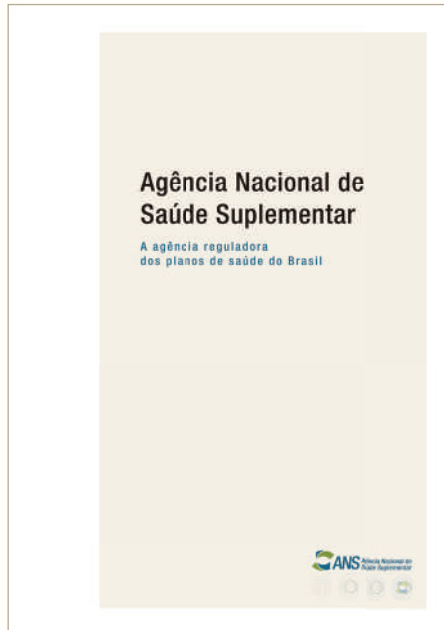


III) Informações sobre como entrar em contato com a Agência.

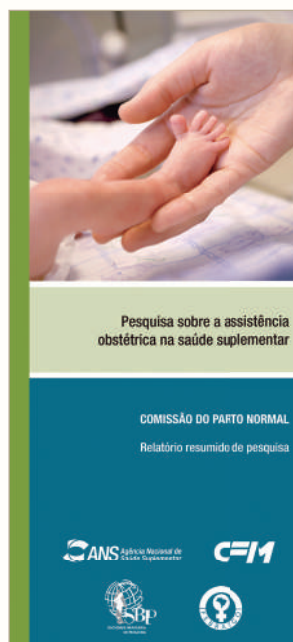


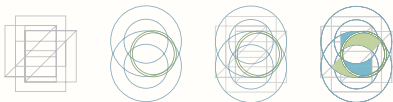


IV) Informações sobre a ANS, também nos idiomas inglês e espanhol.



V) Pesquisa sobre a assistência obstétrica na saúde suplementar, produzida pela ANS, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).





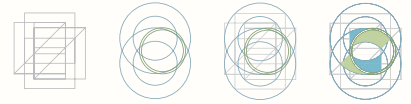
VI) O que você precisa saber – sobre o programa para promoção de saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar.



Livros: a Agência dissemina conhecimento, informações e experiências também por meio de livros (ver síntese a seguir), alguns deles em parceria com outras instituições.

I) Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar: descreve um projeto piloto de assistência à saúde dos idosos, assunto que apresenta interfaces com outros eixos da Agenda Regulatória da ANS como: financiamento do setor, garantia de acesso e qualidade assistencial, assistência farmacêutica, modelo de pagamento aos prestadores e integração da Saúde Suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS).

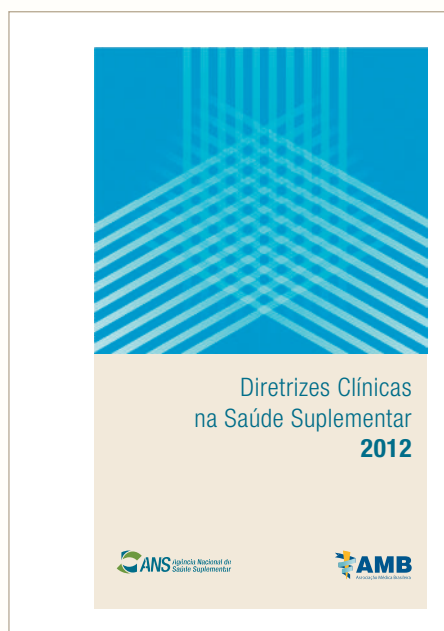


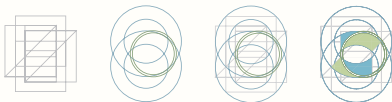


II) Cartão Plano de Melhoria da Saúde e Guia do Plano de Melhoria da Saúde: traz pontuações de saúde, com orientações sobre “como fazer” para melhorar a saúde, destinado leigos e profissionais de saúde. Trata-se de uma ferramenta universal, simples e educativa, para avaliar e monitorar os fatores de riscos biométricos, comportamentais e de estilo de vida. Faz parte dos esforços da *World Health Professions Alliance* (WHPA) para a redução, em todo o mundo, da incidência de doenças crônicas não transmissíveis. Foi elaborado em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a *World Health Professions Alliance* (WHPA).

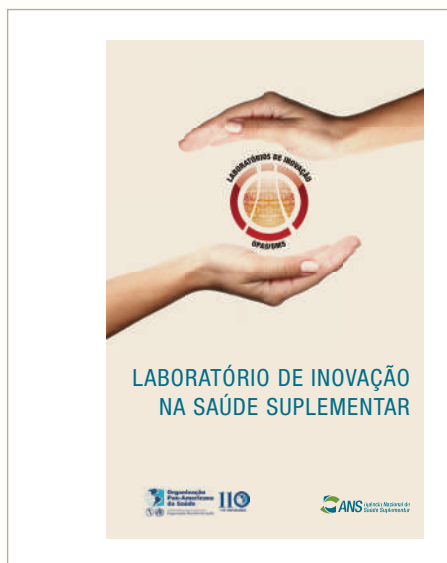


III) Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar 2012: é mais uma estratégia da ANS de orientar boas práticas do setor a partir de diretrizes clínicas fornecidas pela Associação Médica Brasileira, baseadas em evidências científicas e no consenso das sociedades médicas de especialidades. A publicação é um produto da parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB).



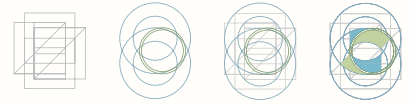


IV) Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar: apresenta a primeira fase do projeto do Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar, uma parceria técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O objetivo dos Laboratórios é identificar e compartilhar experiências significativas de inovação nas práticas de gestão assistencial das operadoras.



V) VIGITEL Brasil 2011 – Saúde Suplementar: a publicação é fruto da parceria da ANS com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. A pesquisa atualiza a frequência e a distribuição dos principais fatores de risco e proteção das doenças crônicas na população de beneficiários de planos de saúde. Além disso, estimula a reflexão de gestores, prestadores e beneficiários, contribuindo para a formulação de modelos de cuidados que promovam uma interface entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças e os demais níveis e complexidades da assistência à saúde. O objetivo final é a garantia do acesso aos serviços e a melhoria da qualidade de vida da população beneficiária de planos de saúde.



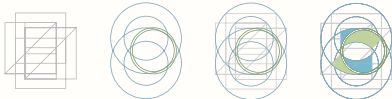


VI) Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2012: contém os procedimentos de cobertura obrigatória que constam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente em 2012. Traz o conteúdo da norma; a lista dos 3.132 procedimentos de cobertura mínima; as diretrizes de utilização para alguns procedimentos; e as diretrizes clínicas na Saúde Suplementar.



VII) Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados - relatório executivo: pesquisa realizada pela ANS para investigar políticas públicas e regulatórias implementadas em outros países, com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da assistência à saúde, pública ou privada, à população idosa.



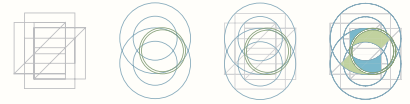


VIII) Cartilha para a Modelagem de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças: tem como objetivo auxiliar as operadoras de planos privados de assistência à saúde a organizar e elaborar Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Deve ser consultado juntamente com o Manual para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar.



IX) Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar – 4ª Edição: instrumento de consulta de orientação na formulação dos programas para promoção da saúde e prevenção de doenças, visando à construção de uma nova forma de organizar a Saúde no setor suplementar brasileiro.





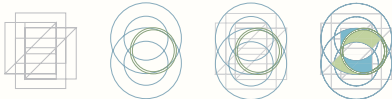
X) Nova Metodologia para Construção das Diretrizes de Utilização: publicação feita em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), que traz diretrizes de utilização para alguns procedimentos médicos.



• **Ampliação das consultas do tabulador de dados ANS TABNET.**

O TABNET é uma ferramenta de tabulação de dados dos diversos sistemas de informação da ANS, que permite a realização de diferentes consultas sobre beneficiários, operadoras e planos de saúde. A possibilidade de tabulação dos dados amplia o uso das informações, propiciando, com isso, o constante aperfeiçoamento das informações existentes. O público-alvo da ferramenta são os usuários que trabalham com dados sobre o setor, em especial operadoras, institutos de ensino e pesquisa, imprensa e setor público de saúde.

Em 2010, dados sobre internações de beneficiários de planos de saúde em unidades vinculadas ao SUS ficaram disponíveis para consulta, possibilitando o cruzamento de dados sobre beneficiários internados no SUS, de acordo com o ano da internação, o sexo, a faixa etária, o tipo e a época de contratação do plano (individual ou coletivo e novo ou antigo), a segmentação assistencial e a abrangência geográfica do plano, além da modalidade da operadora. Dados sobre a especialidade médica e a causa da internação, bem como sobre a natureza (pública ou privada) do estabelecimento onde o beneficiário esteve internado, também passaram a ser pesquisados. A ferramenta permite ainda consultar os valores referentes ao ressarcimento ao SUS cobrados pela ANS das operadoras, com base na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP). Em 2011, foram incluídos dados de receita e despesa administrativa e assistencial das operadoras, permitindo a tabulação por modalidade, por ano e por operadora.



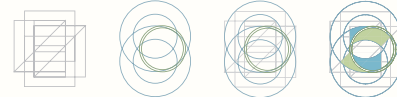
- **Campanha publicitária de utilidade pública em jornais e revistas.**

A ANS lançou, em outubro de 2011, uma campanha publicitária em 14 jornais e oito revistas de circulação nacional, campanha essa que se estendeu por dois meses. Essa iniciativa está inserida na categoria Publicidade de Utilidade Pública, que se destina a divulgar direitos, produtos e serviços colocados à disposição dos cidadãos, com o objetivo de informar, educar, orientar, mobilizar, prevenir ou alertar a população sobre como adotar comportamentos que lhe tragam benefícios individuais ou coletivos, e que melhorem a sua qualidade de vida.

As peças publicitárias da campanha tiveram como foco as Resoluções Normativas publicadas pela ANS, que abordam temas variados, como: I) a cobertura mínima estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; II) a troca de planos de saúde sem carência, garantida pela portabilidade; III) as regras de reajuste de mensalidades; IV) a promoção da saúde e prevenção de doenças, proporcionando um envelhecimento ativo; e V) os planos de saúde coletivos e os direitos de aposentados e demitidos.

A campanha direcionou as mensagens para homens e mulheres com mais de 25 anos, das classes A, B e C, e também para gestores administrativos de empresas com poder de decisão para firmar contratos de planos de saúde coletivos. Com a campanha, espera-se atingir mais de 15 milhões de pessoas.

As mensagens da ANS foram veiculadas nas revistas Veja, Istoé, Exame, Carta Capital, Você S/A e ainda na publicação das empresas aéreas Gol, TAM e Avianca. Os jornais escolhidos para a veiculação foram: O Globo, O Dia, O Estado de São Paulo, Folha de S. Paulo, Correio Braziliense, Jornal de Brasília, O Estado de Minas, Hoje em Dia, Zero Hora, Correio do Povo, Diário de Pernambuco, Jornal do Comércio, O Liberal e Diário do Pará. A seguir, ilustração do material veiculado:



Quem tem plano de saúde tem direito a exames, consultas e tratamentos para cuidar de seu bem-estar. A ANS estabeleceu a cobertura mínima obrigatória pelos planos*, chamada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é o órgão do governo vinculado ao Ministério da Saúde que existe para criar normas e fiscalizar as atividades do setor de planos de saúde.

ANS. A agência reguladora de planos de saúde do Brasil.

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br



Ministério da Saúde



É possível trocar de plano de saúde* sem cumprir novos períodos de carência. A portabilidade de carências é um benefício criado pela ANS para dar mais liberdade de escolha aos consumidores. Conheça as regras em www.ans.gov.br.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é o órgão do governo vinculado ao Ministério da Saúde que existe para criar normas e fiscalizar as atividades do setor de planos de saúde.

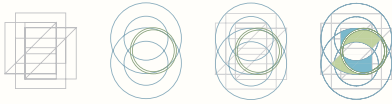
ANS. A agência reguladora de planos de saúde do Brasil.

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br



Ministério da Saúde





Os reajustes de preços de planos de saúde acontecem em duas situações: quando o beneficiário do plano completar idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se enquadrava antes e uma vez por ano, na data de aniversário do contrato. Saiba outros limites para os aumentos de preços dos planos de saúde em www.ans.gov.br.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é o órgão do governo vinculado ao Ministério da Saúde que existe para criar normas e fiscalizar as atividades do setor de planos de saúde.

ANS. A agência reguladora de planos de saúde do Brasil.

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br



Ministério da Saúde



QUANDO O ASSUNTO É O PLANO DE SAÚDE DE SEUS COLABORADORES:

avaliar o plano mais adequado; analisar a abrangência geográfica do plano; esclarecer as regras de investimento neste benefício. Avalie se sua empresa arcará com o pagamento ou se haverá participação dos colaboradores.

É direito do colaborador ter acesso: a uma cópia do contrato, à carteira do plano, ao manual com a relação da rede credenciada, ao Guia de Leitura Contratual e ao Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é o órgão do governo vinculado ao Ministério da Saúde que existe para criar normas e fiscalizar as atividades do setor de planos de saúde.

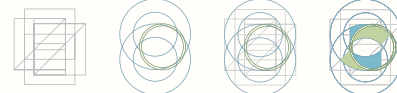
ANS. A agência reguladora de planos de saúde do Brasil.

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br



Ministério da Saúde





A ANS cria condições para que as operadoras de planos de saúde estimulem os consumidores a adotarem hábitos saudáveis ao longo de toda a vida, em troca de descontos nas mensalidades dos planos ou prêmios. Isso favorece a prevenção de doenças e um envelhecimento mais ativo e saudável.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é o órgão do governo vinculado ao Ministério da Saúde que existe para criar normas e fiscalizar as atividades do setor de planos de saúde.

ANS. A agência reguladora de planos de saúde do Brasil.

Disque-ANS: 0800 701 9856
www.ans.gov.br



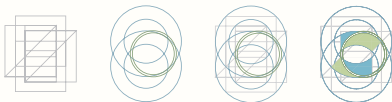
Quem tem plano de saúde contratado pela empresa onde trabalha e contribui no pagamento da mensalidade, ao se aposentar ou ser demitido terá direito a continuar com o plano* se assumir o custo dele. Saiba mais em www.ans.gov.br.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é o órgão do governo vinculado ao Ministério da Saúde que existe para criar normas e fiscalizar as atividades do setor de planos de saúde.

ANS. A agência reguladora de planos de saúde do Brasil.

Disque-ANS: 0800 701 9856
www.ans.gov.br

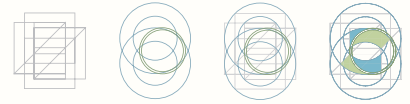




• Implementação da Lei de Acesso à Informação.

A Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, institui, como princípio fundamental, que o acesso à informação pública é a regra; e o sigilo, a exceção. Para garantir o exercício pleno do direito de acesso previsto na Constituição Federal, a Lei define os mecanismos, os prazos e os procedimentos para a entrega das informações solicitadas à Administração Pública pelos cidadãos. Além disso, a Lei determina que os órgãos e as entidades públicas deverão divulgar um rol mínimo de informações, por meio da internet. A norma entrou em vigor em maio de 2012.

The screenshot displays the ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) website. At the top, there is a header with the ANS logo, contact information (DISQUE ANS 0800 701 9656), and a search bar. Below the header, a navigation bar includes links for 'Principal', 'Acesso à Informação', 'A ANS', 'Planos de Saúde e Operadoras', 'Legislação', 'Participação da Sociedade', and 'Imprensa'. The main content area is titled 'Acesso à Informação' and features a sidebar with a menu of topics: Institucional, Ações e Programas, Auditorias, Convênios, Despesas, Licitações, Contratos, Servidores, Perguntas frequentes, Sobre a Lei de Acesso à Informação, and Serviço de Informação ao Cidadão - SIC. The main content area is divided into four sections: 'Institucional' (with an image of an open book), 'Ações e programas' (with an image of a data grid), 'Auditorias' (with an image of people in a meeting), and 'Convênios' (with an image of hands shaking). Each section provides a brief description of the information available.

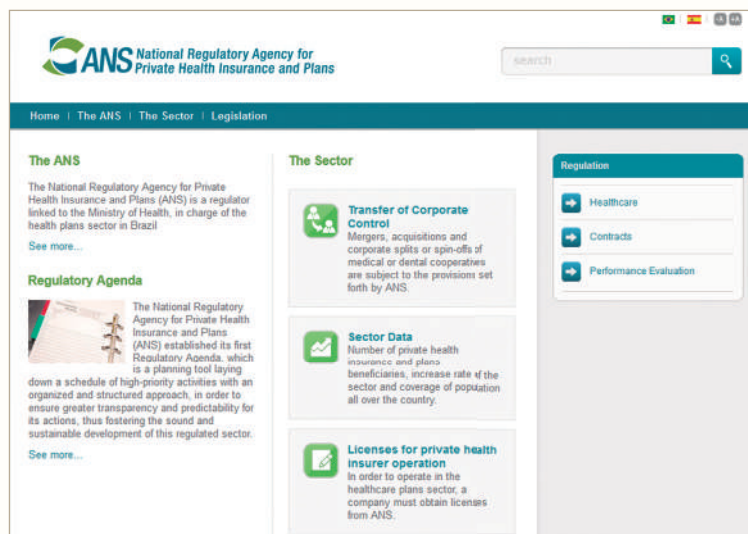


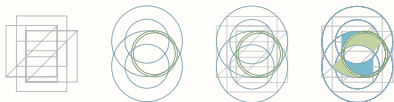
Em decorrência da Lei de Acesso à Informação, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 298, de junho de 2012, que dispõe sobre mecanismos de transparência ativa e passiva no âmbito da Agência, institui o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), classifica em graus de sigilo informações em poder da ANS e dispõe sobre o seu tratamento.

• **Versões em inglês e espanhol do portal da ANS na internet.**

Em julho de 2012, a ANS lançou as versões em inglês e espanhol do seu portal, com informações sobre o setor, voltadas para um público específico. O conteúdo das duas versões é diferente daquele do portal em português, pois tem como foco o perfil dos navegadores da internet no exterior. Depois do levantamento feito pela Agência, concluiu-se que os acessos a essas novas páginas deveriam ser, principalmente, de pesquisadores e investidores.

Para acessar as duas novas páginas, basta clicar nas respectivas bandeiras, no canto superior direito da tela, no sítio da ANS. As novas versões trazem as seguintes informações: ações de regulação voltadas para o setor; conteúdo institucional sobre a ANS e sua estrutura; processos de elaboração de normativos e a participação da sociedade; e dados estatísticos sobre a saúde suplementar.





- Treinamento para porta-vozes da ANS; criação, no portal, do espaço Sala de Imprensa; envio de boletins para assinantes; e produção de seminários para a imprensa.

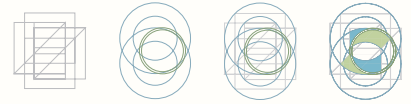
A atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar atinge diretamente o consumidor final, mais especificamente, cerca de um quarto da população brasileira. Oferecer um acesso de qualidade às informações referentes à regulação é fator fundamental para a ANS. A imprensa continua sendo um dos principais canais de comunicação no Brasil – e no mundo – por meio dos seus diversos meios: eletrônico, impresso e on-line; e suas abrangências: nacional, regional e especializada. Essa convergência de mídias e abrangências, aliada ao atributo credibilidade, faz desse um poderoso canal.

Em 2011, foi criado no portal o espaço Sala de Imprensa, do qual constam releases, matérias comentadas, registros da ANS na mídia, espaço multimídia com podcast (entrevistas gravadas, que permitem que o jornalista substitua a voz do entrevistador da ANS pela própria voz) e galeria de imagens, de vídeos e de dados para uso da imprensa. Criou também dois boletins, enviados ao seu destinatário mediante assinatura: um é destinado ao setor de planos de saúde, enquanto o outro, ao consumidor e à sociedade. Por meio deles, veicula as principais matérias de interesse de cada um desses públicos. Esses boletins atualmente contam com 5.310 e 3.889 assinantes, respectivamente.

Em 2012, a Agência realizou curso de capacitação para seus porta-vozes. Prestar informação clara, em linguagem simples e direta, para a imprensa é um desafio para a comunicação das ações regulatórias. O objetivo da ANS foi preparar os porta-vozes indicados pelas diretorias para falar pela Agência, com a melhor comunicação possível para o destinatário final do seu trabalho, que é o beneficiário de planos de saúde. Foram treinados cerca de 60 porta-vozes, entre diretores, adjuntos, gerentes-gerais, gerentes e chefes dos núcleos.

Também em 2012, outra iniciativa importante e pioneira na ANS será a realização de seminários para a imprensa. O entendimento é que, quando a imprensa divulga informações incorretas, relacionadas ao escopo de atuação da Agência, a sociedade em geral é levada à desinformação, e, em consequência, a imagem da ANS sofre impacto imediato. É necessário, então, contribuir para a informação do profissional que faz matérias sobre o setor, muitas vezes mal fundamentadas.

A realização de seminários para a imprensa tem o objetivo de aperfeiçoar o conhecimento dos jornalistas sobre as atividades da ANS e do setor de Saúde Suplementar e, por consequência, zelar pela informação que chega ao consumidor final, contribuindo para uma boa comunicação da instituição com seus públicos. Os seminários são destinados a profissionais de todas as regiões do país, e serão realizados em Brasília, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo.



3.7 - INTEGRAÇÃO COM O SUS

A grande conquista da ANS nessa área, no período de 2010 e 2011, foi o enorme incremento da efetividade do ressarcimento ao SUS. Essa conquista, como demonstrado a seguir, significou, acima de tudo, uma prestação de contas à sociedade sobre esse processo de responsabilidade legal da ANS.

3.7.1 - Ações previstas na Agenda Regulatória 2011-2012

- Exigência da informação sobre o número do Cartão Nacional de Saúde dos beneficiários de planos privados de saúde. Resolução Normativa nº 250, de março de 2011; Resolução Normativa nº 295, de maio de 2012 e Resolução Normativa nº 303, de setembro de 2012.

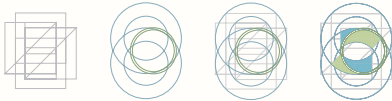
Em 2011, a RN nº 250 e a IN nº 46/DIDES estabeleceram regras para a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (SIB/ANS) e instituíram o formato XML (*Extensible Markup Language*) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS.

Além de definir o padrão XML para a transmissão dos arquivos, a RN estabeleceu o padrão de conteúdo para os dados cadastrais de beneficiários, enviados mensalmente pelas operadoras, para a ANS. Ponto importante foi a obrigatoriedade de envio pelas operadoras, a partir de junho de 2012, do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, de todos os seus beneficiários. A sugestão de envio do número do CNS já constava de norma desde 2004, como um dos identificadores do beneficiário no SIB; porém, o fornecimento dessa informação era facultativo.

Ao torná-lo obrigatório, o objetivo da medida foi estabelecer um número que, em conjunto com o número do CPF (Cadastro Nacional de Pessoa Física), da Receita Federal, permitisse a identificação unívoca do beneficiário de plano de saúde. Essa identificação possibilita que a ANS acompanhe a movimentação de beneficiários entre operadoras e entre planos de saúde, verificando também a rotatividade do setor e identificando suas causas. Posteriormente, a RN nº 295, de 2012, revogou a RN nº 250, de 2011, mantendo, a exigência do número do Cartão Nacional de Saúde e do número do CPF, e aperfeiçoando as exigências juntamente com a RN nº 303, de setembro de 2012.

A identificação unívoca do beneficiário por meio do número do CNS possibilitará, principalmente, o acompanhamento da situação de saúde pelo próprio beneficiário, tanto em seus atendimentos pelos prestadores de serviços do plano de saúde, quanto pelo do SUS. Dessa forma, o foco é a criação de um sistema que permita a identificação unívoca do cidadão, independentemente do serviço que esteja utilizando (público ou privado), bem como a proposta de um registro eletrônico em saúde que seja de posse exclusiva de cada pessoa.

Em novembro de 2012 as operadoras passaram a acessar o aplicativo Cadweb, para consulta do CNS de beneficiários por parte das operadoras de planos de saúde. Com isso, pretende-se ampliar a base de indivíduos univocamente identificados. O próximo passo é o



cadastro dos beneficiários no sistema do CNS pelas próprias operadoras.

• Implantação do Registro Eletrônico de Saúde (RES).

No processo de construção do Registro Eletrônico de Saúde, foram promovidas oficinas de trabalho e estão em andamento a unificação das terminologias e a melhoria da versão 3.0 do padrão TISS. Até dezembro de 2012, estará definida a arquitetura da informação do RES.

3.7.2 Demais ações relativas à integração com o SUS

• Incremento na efetividade do Ressarcimento ao SUS.

O ressarcimento ao SUS é um processo, gerido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do qual as operadoras de planos privados de assistência à saúde restituem aos cofres públicos as despesas incorridas no atendimento, em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), aos consumidores de planos privados de atenção à saúde, desde que os serviços prestados sejam cobertos pelo contrato do plano. O processo de ressarcimento ao SUS envolve diversos serviços: impugnação, recurso, cancelamento de cobrança, parcelamento de débitos e repasse de valores.

Síntese do ano de 2010

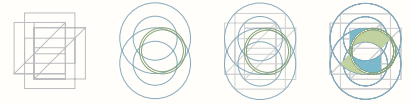
No final de novembro de 2009, foi feito um levantamento das pendências existentes, do fluxo operacional do ressarcimento ao SUS e dos recursos logísticos, humanos e tecnológicos existentes. Tomou-se conhecimento, também, da existência de um acórdão que continha determinações do Tribunal de Contas da União (TCU), fruto de trabalho realizado por esse órgão de controle, em março de 2009.

O diagnóstico inicial foi apresentado à Diretoria Colegiada da ANS e, ainda em dezembro de 2009, ao Ministério da Saúde e ao TCU. As providências então tomadas foram apresentadas e aprovadas em reunião de diretoria colegiada, no mesmo mês, e envolveram ações e aprovações do Ministério da Saúde, do DATASUS e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. O diagnóstico inicial e as medidas a serem adotadas foram apresentados em março de 2010, na 61ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, tornando-se públicos. Em setembro de 2010, as medidas tomadas foram apresentadas ao TCU e reapresentadas, em outubro de 2010, na 65ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, para prestar contas do andamento dos trabalhos.

Em 2010, foram tomadas as seguintes providências:

I) Contratação de 89 servidores temporários para tratar o passivo existente, pendente de análise, e demais atos pertinentes ao fluxo de trabalho do ressarcimento ao SUS (a equipe era de 30 pessoas, entre servidores efetivos e colaboradores de contratos de terceirização). O cálculo de necessidades foi feito com o objetivo de regularização do passivo identificado, em um prazo máximo de quatro anos.

II) Padronização dos procedimentos, de forma a consolidar, homogeneizar e padronizar entendimentos e rotinas em manuais, os quais serão anualmente reeditados, para que estejam sempre atualizados



conforme a legislação vigente.

III) Reorganização de local e de estrutura, por meio de reforma e da ampliação da área física e de arquivos.

IV) Criação da Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS, na qual se inseriu a Gerência de Ressarcimento ao SUS e demais equipes do Arquivo, do Protocolo, da Análise de 1ª e 2ª instância, do Recolhimento e de Sistemas.

V) Melhoria do parque de equipamentos de informática e dos sistemas de informação, de modo a simplificar e viabilizar as tarefas, aumentar o controle, a gestão e a produtividade do processo, além de reanálise e redimensionamento do sistema eletrônico em desenvolvimento.

VI) Elaboração de nova metodologia para a valoração do ressarcimento, com vista à simplificação e à transparência das cobranças e à homogeneização de critérios.

VII) Estudo preliminar do ressarcimento de Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) para futura operacionalização.

VIII) Melhoria dos algoritmos de identificação de atendimentos passíveis de ressarcimento.

IX) Consolidação e atualização de normativos.

X) Implementação do atendimento a operadoras de plano de saúde.

XI) Organização dos processos de parcelamento e providências para o encaminhamento daqueles sem pagamento para a inscrição em Dívida Ativa.

XII) Organização de arquivo e protocolo para tratamento do extenso volume de documentos.

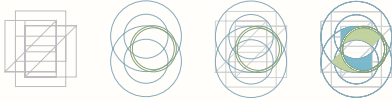
Como consequência das ações implementadas, foram possíveis os seguintes resultados, em 2010:

I) Retomada da rotina de identificação de beneficiários que utilizaram o atendimento do SUS, por meio do relacionamento entre os dados dos registros de internações do DATASUS e o Sistema de Informação de Beneficiários da ANS, que estava interrompida havia um ano e nove meses.

II) Enviados às operadoras de plano de saúde, a partir de junho de 2010, seis arquivos de Aviso de Beneficiários Identificados (ABI), que continham o total de 235.733 de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH).

III) Redução do passivo de pendências de análise de AIH.

IV) Maior efetividade da cobrança, graças à ampliação do percentual de pagamento, em relação ao valor cobrado.



V) Redução do lapso temporal do ressarcimento, que, em dezembro de 2009, era de quase cinco anos de defasagem, para três anos, em dezembro de 2010, com meta de redução para dois anos em 2011.

Para aperfeiçoamento do processo de ressarcimento ao SUS, em 2010 foram publicadas: i) a RN nº 239, de 2010, dispondo sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde; e ii) a IN nº 3 DIOPE/DIDES, de 2010, dispondo sobre a contabilização dos montantes devidos de ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS.

Síntese do ano de 2011

Em setembro de 2011, a ANS fez o primeiro repasse direto ao Fundo Nacional de Saúde. Foram enviados ao Ministério da Saúde R\$ 76,1 milhões, arrecadados a título de Ressarcimento ao SUS, das internações hospitalares nos últimos dois anos. Isso representou mais de 80% do que foi partilhado desde 2000, quando a Agência foi criada. A nova metodologia de repasse dos recursos, diretamente ao Ministério da Saúde, foi possível a partir da publicação da Lei nº 12.469, de 2011, que alterou o artigo 32 da Lei nº 9.656, de 1998. O novo marco legal e a estreita articulação entre a ANS e o Ministério da Saúde permitiram o repasse de recursos do ressarcimento de uma forma mais ágil, segura e menos onerosa. Além da conquista do repasse, os principais avanços de 2011 foram:

I) Emissão de sete ABIs (21 meses de competência), que reduziu a diferença entre a competência de internação no SUS e a notificação de atendimento a beneficiário.

II) Melhoria do fluxo de trabalho, revisão de manuais internos e alteração de normas processuais, adequando as rotinas às necessidades atuais.

III) Implementação de rotinas de desburocratização, a partir da revisão de normativos, e otimização dos processos de trabalhos.

IV) Aumento significativo do quantitativo de análise de impugnações e recursos, e melhoria contínua da qualidade dos pareceres, bem como sua padronização.

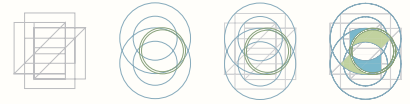
V) Implantação da assinatura digital de ofícios e decisões.

VI) Reforma, ampliação e melhoria do espaço físico.

VII) Implementação de assinatura digital do diretor nas decisões do ressarcimento ao SUS.

VIII) Melhoria da metodologia de cálculo do valor a ressarcir, incluindo, além do IVR (Índice de Valoração do Ressarcimento), os valores de incrementos aplicados pelo SUS sobre os procedimentos.

IX) Aumento dos valores arrecadados e maior adesão das operadoras ao parcelamento de débitos.



X) Retomada do repasse dos valores ressarcidos, a partir da simplificação da regra de repasse dos valores arrecadados (art. 4º da Lei nº 12.469, de 2011), com aumento da efetividade e redução de custos operacionais.

XI) Realização de estudo preliminar do ressarcimento de APAC ao SUS.

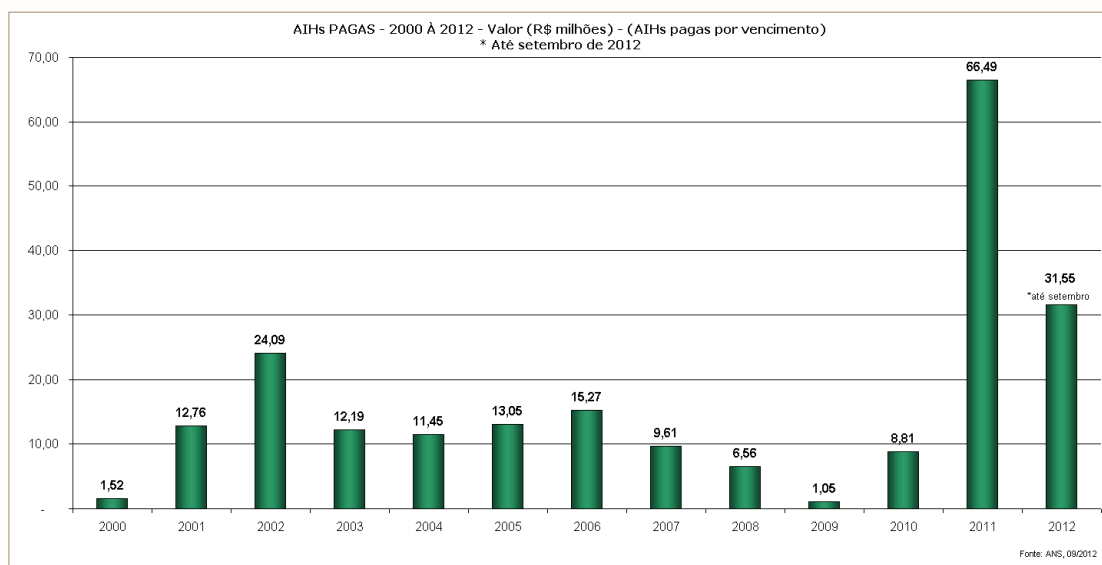
XII) Melhoria da estabilidade e das funcionalidades dos sistemas de informação do ressarcimento.

XIII) Ampliação da utilização de outros sistemas da ANS para apoio à análise.

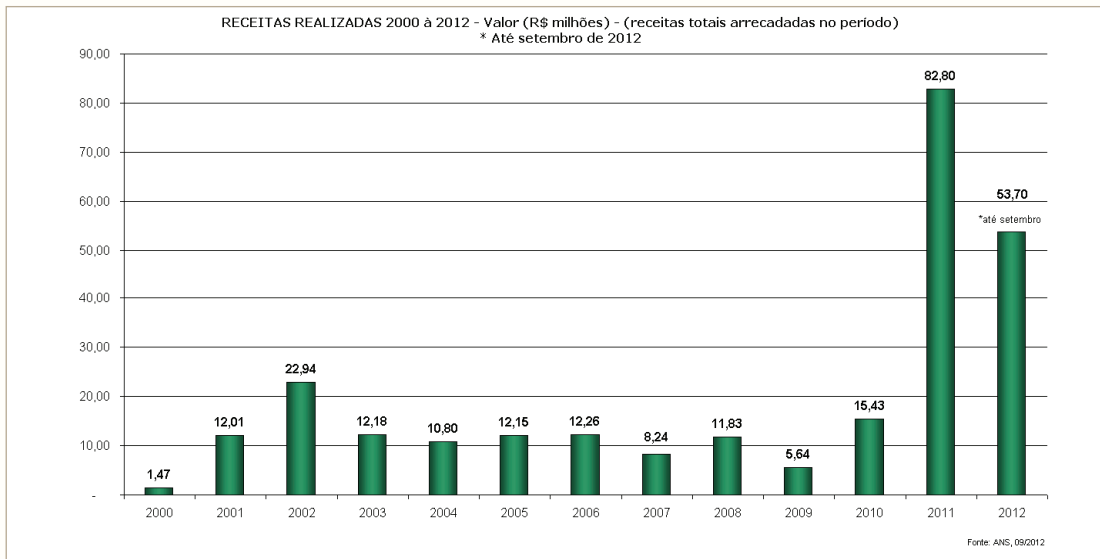
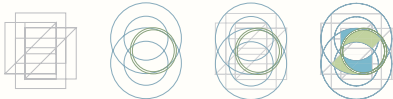
XIV) Desenvolvimento de trabalhos e encontros com a equipe, visando à ampliação de divulgação da informação, ao planejamento participativo, à integração e à transparência.

Em 2011, foram publicadas as seguintes normas para aperfeiçoamento do processo de Ressarcimento ao SUS: RN nº 251, que alterou a RN nº 185, de 2008; RN nº 253, que dispõe sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos; RN nº 271, publicada em 13/10/2011, que altera a Resolução Normativa - RN nº 253; IN nº 47/DIDES, que também dispõe sobre o procedimento de ressarcimento ao SUS; e IN nº 05 DIOPE/DIDES, que dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS.

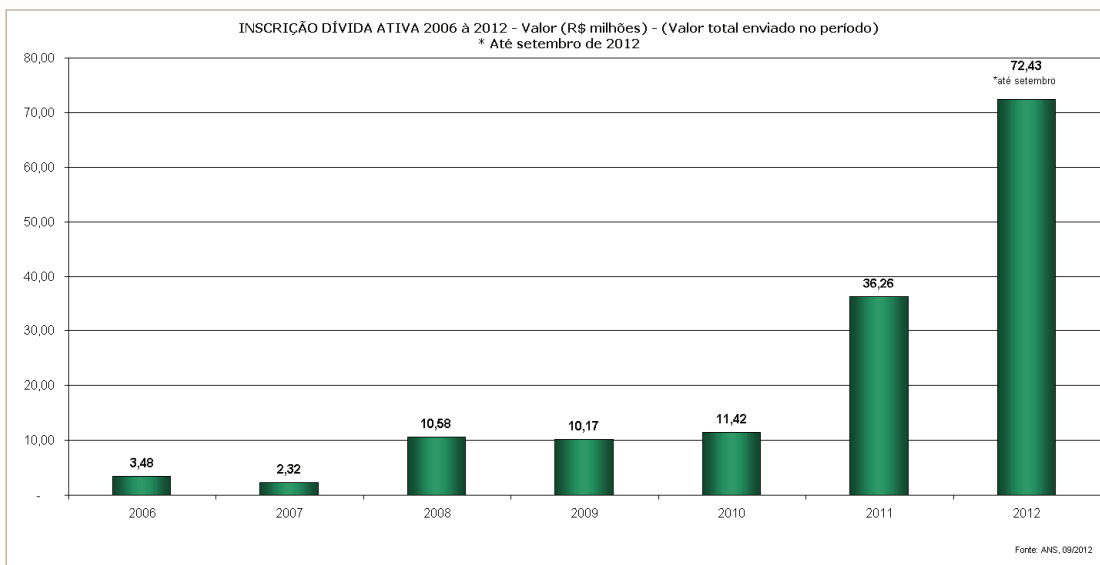
A seguir, dados do ressarcimento ao SUS relativos a setembro de 2012:



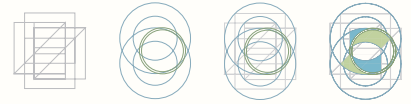
Fonte: ANS, 10/2012



Fonte: ANS, 10/2012



Fonte: ANS, 10/2012



3.8 - FISCALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO SETORIAL

De 2010 a 2012 as principais conquistas relativas à fiscalização e à articulação setorial foram o incremento da solução das demandas por negativa de cobertura, encaminhadas pela NIP; o aperfeiçoamento do Disque ANS; a criação no portal da ANS da Central de Atendimento; a atualização dos critérios de seleção de operadoras pelo Programa Olho Vivo; e a ampliação do Programa Parceiros da Cidadania.

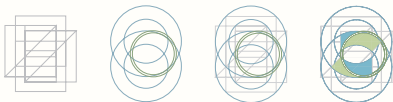
• **Notificação de Investigação Preliminar - Consulta Pública nº 32, de junho de 2010; e Resolução Normativa nº 226, de agosto de 2010.**

A Notificação de Investigação Preliminar (NIP) é um instrumento que visa à solução de conflitos entre consumidores e operadoras nas questões sobre negativa de cobertura. As demandas de negativa de cobertura a serem processadas na NIP restringem-se aos casos em que o procedimento ou evento em saúde ainda não foi realizado ou foi realizado à custa do consumidor. O processo de investigação preliminar é constituído das seguintes fases: recebimento de demanda de negativa de cobertura; contato com o consumidor ou interlocutor; notificação da operadora; recebimento e processamento da resposta da operadora; elaboração de análise conclusiva; e resposta da operadora.

Além da sua finalidade imediata de buscar resolver, no momento do seu surgimento, os casos de negativa de cobertura, de aproximar as partes do conflito e de incrementar positivamente a relação fornecedor/consumidor, a NIP tem demonstrado ter grande potencial indutor corretivo das eventuais falhas e disfunções do processo interno de trabalho das operadoras, fato que vem possibilitando ações concertadas de mediação e de fiscalização indutora.

Em junho de 2010, a ANS abriu a Consulta Pública nº 32, no período de 16/6/2010 a 26/6/2010, com o objetivo de estabelecer um mecanismo de resolução das denúncias de negativa com maior celeridade e efetividade. Havendo denúncia de negativa de cobertura à ANS, as operadoras de planos de saúde que aderirem ao mecanismo da NIP vão ter a oportunidade de rever sua conduta por meio do instituto da reparação voluntária e eficaz, que será reconhecida quando a operadora prestar a devida assistência em um prazo satisfatório para o consumidor. Com isso, somente as denúncias de negativa de cobertura cuja mediação não for possível no âmbito da NIP serão objeto de abertura de processos administrativos.

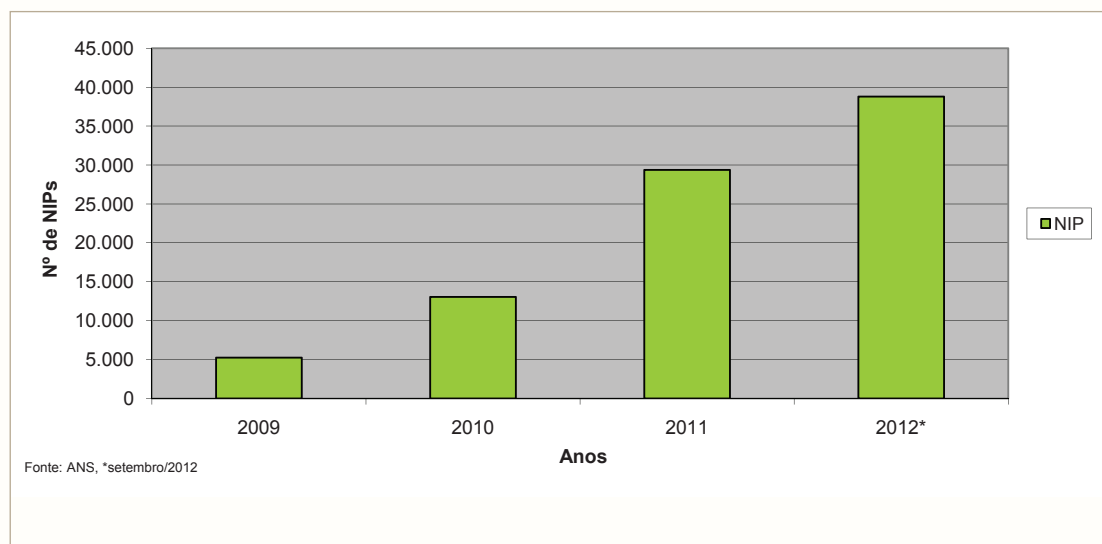
A Consulta foi precedida de um projeto piloto, iniciado em outubro de 2008, que contou com a participação de operadoras de grande porte, com atuação nacional, sediadas, na sua maioria, na região Sudeste. Em 18 meses de experiência, 56% das demandas recebidas foram arquivadas, por terem se resolvido por meio desse mecanismo de mediação. A partir de março de 2009, o projeto piloto foi estendido aos núcleos da ANS, para que questões de negativa de cobertura de operadoras de pequeno e médio portes, com atuação regionalizada, fossem também tratadas no âmbito do Projeto NIP. Na atuação regionalizada, o sucesso do projeto piloto foi ainda maior, com um índice de resolutividade superior a 81% das demandas recebidas. Além do objetivo principal de atender às necessidades dos consumidores envolvidos nessas demandas, a ANS evitou uma sobrecarga de processos administrativos, que se mostraram desnecessários.



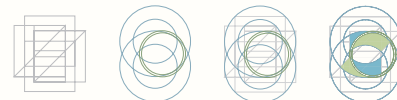
Em agosto de 2010, foi publicada a RN nº 226, instituindo a NIP. A expectativa da ANS é obter: i) maior rapidez e efetividade no tratamento das denúncias dos consumidores referentes aos casos de negativa de cobertura por parte das operadoras; ii) correção imediata de condutas irregulares da parte das operadoras; iii) maior eficiência regulatória; iv) monitoramento mais efetivo das práticas do setor regulado; v) maior capacidade de correção de condutas negativas das operadoras de planos de saúde; e vi) maior credibilidade perante a sociedade, com a adoção de mecanismo que permite resposta mais célere às demandas dos consumidores.

O número de operadoras inscritas na NIP é crescente: 105 em 2009; 1.043 em 2010; e 1.098 operadoras em 2011. O procedimento conta hoje com a participação de 76,5% das operadoras setoriais e alcança aproximadamente 96,5% dos consumidores de planos privados de saúde. Também o número de demandas encaminhadas para solução pela NIP é crescente: em 2009, foram 5.259; em 2010, 13.011; em 2011, 29.378; e até março de 2012, 11.040 demandas de negativa de cobertura encaminhadas para a NIP. O índice de resolutividade da NIP tem sido progressivo: 49%, em 2009; 65%, em 2010; 69%, em 2011; e, até junho de 2012, 51%, conforme pode ser visto no gráfico a seguir:

Notificação de Investigação Preliminar – NIP – de 2009 a setembro de 2012



ANO	NIP	Resolutividade
2009	5.259	49%
2010	13.051	65%
2011	29.378	69%
2012*	38.781	47%



• Central de Relacionamento da ANS.

A ANS mantém à disposição dos cidadãos uma Central de Relacionamento para o esclarecimento de dúvidas sobre seus direitos como consumidor de planos de saúde e para registro de reclamações/denúncias sobre os serviços prestados pela sua operadora.

Integram a Central de Relacionamento:

Disque ANS: 0800 701 9656 - Ligação gratuita de qualquer cidade do Brasil, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h (horário de Brasília).

Central de Atendimento - Disponível na página www.ans.gov.br. Por esse canal, as dúvidas, as sugestões e as reclamações são enviadas por e-mail.

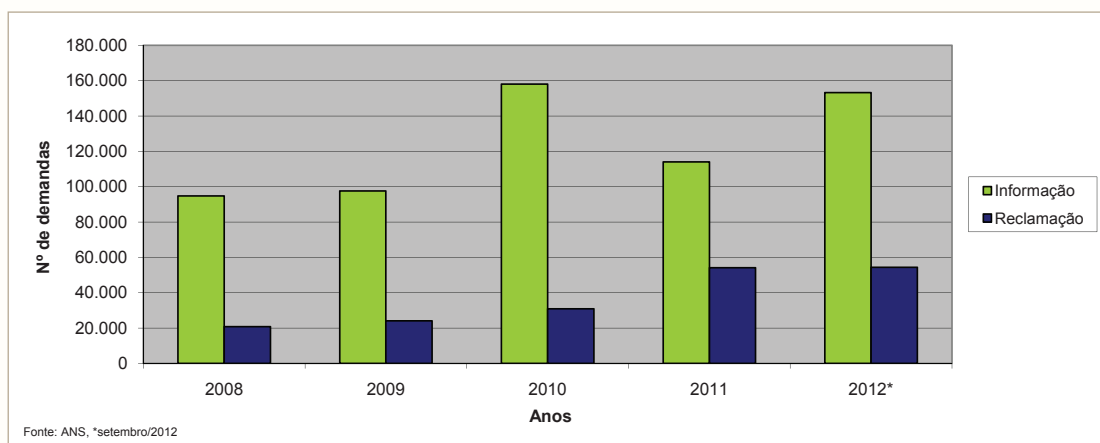
Carta - Correspondências endereçadas à Diretoria de Fiscalização/Central de Relacionamento ANS, no seguinte endereço: Rua Augusto Severo, 84 - Glória - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20021-040.

Atendimento pessoal - Há doze núcleos da ANS distribuídos em onze estados do país, para onde o consumidor pode se dirigir pessoalmente. Os endereços dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização estão disponíveis no portal da ANS.

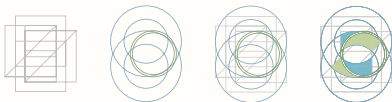
• Disque ANS

No gráfico a seguir, é possível identificar que a maior demanda por atendimento está relacionada à busca por informações. Em virtude disso, em 2011, foi implementada, no portal da ANS, a Central de Atendimento ao Consumidor, com o objetivo de facilitar a busca de respostas às dúvidas. O Disque ANS possui também, desde 2008, um atendimento eletrônico (URA – Unidade de Resposta Audível), no qual são disponibilizadas mensagens informativas, simples e objetivas, de questões do dia a dia da saúde suplementar. A seguir, os números de atendimentos no período de 2008 a junho de 2012:

Disque ANS- Atendimentos 2008 a setembro de 2012



Ano	Informação	%	Reclamação	%
2008	94.723	82	20.777	18
2009	97.569	80	24.087	20
2010	158.083	84	30.885	16
2011	114.066	68	54.083	32
2012*	153.280	74	54.410	26



• Nova Central de Atendimento no portal da ANS.

Em outubro de 2011, a ANS aperfeiçoou sua Central de Atendimento com o objetivo de facilitar o acesso do consumidor às informações sobre a saúde suplementar, permitindo que o consumidor obtenha, no próprio portal, o esclarecimento de sua dúvida. O novo modelo de formulário possibilita uma atuação mais segura da fiscalização da ANS e agiliza a apuração das demandas, na medida em que as reclamações feitas deverão conter todos os dados necessários para o encaminhamento da questão.

As perguntas referentes ao assunto estão listadas; assim, o usuário poderá escolher a que melhor atende aos seus interesses. Se a informação desejada não for encontrada, o interessado poderá enviar um questionamento por meio do Fale com a ANS, cuja resposta será dada por e-mail e acrescentada no portal da ANS, para auxiliar outros consumidores. Pela mesma Central também é possível fazer reclamações.

DISQUE ANS 0800 701 9656 | CENTRAL DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR | BOLETIM ANS

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
A agência reguladora de planos de saúde do Brasil

busca no site da ANS

Principal | Acesso à Informação | A ANS | Planos de Saúde e Operadoras | Legislação | Participação da Sociedade | Imprensa

Você está em: Planos de Saúde e Operadoras > Espaço do Consumidor > Central de Atendimento ao Consumidor

Central de Atendimento ao Consumidor

? Qual é o tema da sua dúvida?

Procurar Ex.: Reajuste

Atenção: Se você é representante de operadora de planos de saúde ou é prestador de serviços de saúde, clique [aqui](#).

Soluções para as dúvidas mais procuradas

1. Quem pode contratar um plano de saúde, o que deve receber no momento da contratação e qual o prazo de validade do plano?
2. Operadoras de planos de saúde não podem impedir ou dificultar acesso de idosos
3. Controle de acesso aos serviços de saúde: o que o plano de saúde pode restringir
4. Garantia de atendimento aos consumidores de planos de saúde nos prazos previstos em lei
5. Cartão Nacional de Saúde: uma realidade para todos os brasileiros
6. Carência: Quanto tempo é preciso aguardar até poder ser atendido ao contratar um plano de saúde?
7. Portabilidade: E se eu quiser trocar de plano de saúde? Vou precisar cumprir novos prazos de carência no plano novo?
8. Como permanecer no plano de saúde ao se aposentar ou após demissão?
9. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: o que o seu plano deve cobrir
10. Reajuste: Como saber se o aumento de preço da mensalidade do plano de saúde está correto?

Para fazer uma reclamação você pode...

- Usar o **Disque ANS 0800 701 9656**
- Entrar em contato pelo **Formulário de atendimento**
- Enviar uma carta ou ir a um de nossos endereços

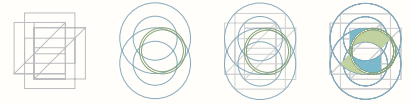
Atenção:
Em casos de:
• exame ou atendimento médico negado
• demora na autorização pelo plano de saúde

Prefira o Disque ANS

Canais por assunto

ANS Sobre a ANS

Sobre Licitações



•Programa Olho Vivo - Resolução Normativa nº 223, de julho de 2010.

O Programa Olho Vivo consiste num conjunto de ações de caráter proativo, sistemático e planejado, cujo objetivo é a crescente adequação das operadoras de planos privados de saúde à legislação que regula o setor de Saúde Suplementar.

Criado em 2002, originalmente se propunha a desenvolver operações de fiscalização proativa sobre operadoras de plano de saúde, apontadas pelo que se convencionou chamar de “indicador de risco”, calculado na razão entre o número de demandas registradas na Central de Relacionamento da ANS e o número de beneficiários das operadoras, consideradas separadamente, de acordo com a modalidade de atuação e o porte.

Em 2010, com a norma, a ANS aperfeiçoou o Programa Olho Vivo, a fim de atualizar os critérios de aferição e criar regras claras para o processo de fiscalização proativa. O conteúdo das operações de fiscalização foi organizado em dois módulos: análise econômico-financeira e análise técnico-assistencial, incluindo uma análise técnico-assistencial médica; e análise técnico-assistencial odontológica.

Para fins de definição da amostra, foram considerados os mercados relevantes, mapeados a partir da metodologia do estudo Estrutura de Mercado do Setor de Saúde Suplementar no Brasil, de 2010, contratado pela ANS e realizado pelo Cedeplar/UFG. No trabalho, foi investigada a estrutura de mercado do setor de planos de saúde no país, considerando a concentração de ofertantes. Para analisar a concentração, o estudo delimitou o mercado relevante nas dimensões geográfica e de produto.

Com o novo método, o critério de escolha das operadoras a serem fiscalizadas pelo Olho Vivo é definido de acordo com o porte no setor e pela atuação sobre as líderes de cada mercado relevante:

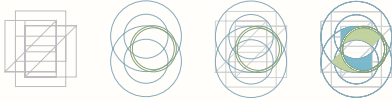
Critério de seleção das operadoras norteado por uma perspectiva de monitoramento do mercado, oferecida pela atuação sobre as operadoras de maior porte no setor e pela atuação sobre as líderes de cada mercado relevante, considerando que o impacto das operações de fiscalização nessas operadoras se refletirá, indiretamente, em proveito de metade dos consumidores do setor, além de induzir o comportamento das operadoras de menor porte.

Esforços da ANS concentrados na fiscalização técnico-assistencial e econômico-financeira das 39 operadoras de planos de saúde que detêm o maior número de beneficiários.

•Programa Parceiros da Cidadania.

A Lei nº 9.961, de 2000, estabelece que compete à ANS articular-se com os órgãos de defesa do consumidor, visando à eficácia da proteção e à defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto no Código de Proteção e Defesa do Consumidor.

A articulação institucional da ANS é feita por meio de uma série de ações, entre as quais a do Programa Parceiros da Cidadania, implementado em 2003. Em sua fase inicial, o programa



limitou-se a divulgar aspectos básicos da legislação setorial aos consumidores, por meio da distribuição de material informativo e seminários.

A partir de 2007, um novo enfoque passou a concebê-lo como um programa de relacionamento institucional, procurando a aproximação com os órgãos e as entidades de defesa do consumidor, a exemplo dos PROCONs e dos órgãos de Defensoria Pública e do Ministério Público, em busca também da melhoria da fiscalização setorial. Foram contínuas as ações destinadas a divulgar os direitos dos consumidores, a exemplo de materiais informativos (guias de bolso, *folders*, apostilas, CD-ROM) que versavam sobre temas assistenciais, e também a publicação de informativo eletrônico para os parceiros do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e para as Centrais Sindicais. Em 2010, além do trabalho com os órgãos e as entidades de defesa do consumidor, foi feita uma aproximação com seis Centrais Sindicais do país: Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB), Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Força Sindical, Nova Central Sindical dos Trabalhadores (NCST) e União Geral dos Trabalhadores (UGT).

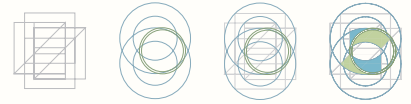
A relevância dessa aproximação deve-se ao fato de que cerca de 76% dos planos privados de saúde são de contratação coletiva. Daí a necessidade da inserção qualificada do mundo do trabalho no processo regulatório do setor, que vem contando também com a parceria do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) e do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat).

Nessa linha, Termos de Cooperação Técnica foram celebrados para a realização de encontros, cursos de capacitação, seminários regionais e nacionais, e eventos localizados com órgãos e entidades de defesa do consumidor e entidades sindicais, sendo que, no âmbito destas últimas, foi constituído o Fórum Permanente dos Trabalhadores sobre Saúde Suplementar.

Em 2011, dando continuidade às ações do projeto Parceiros da Cidadania, a ANS aumentou o número de acordos de cooperação técnica, a exemplo dos firmados com a Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e com o PROCON Estadual do Rio de Janeiro. Como resultado imediato, a Defensoria Pública do Estado passou a informar à ANS, diariamente, todos os casos de negativa de cobertura de procedimento de urgência e emergência registrados no órgão.

Também foi criado o Fórum de Saúde Suplementar do Estado do Rio de Janeiro, que tem o apoio técnico do Programa de Estudos e Desenvolvimento do Consumidor (Prodec) e do Instituto de Medicina Social (IMS), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Isso porque, conforme entendimento da ANS, além das multas aplicadas pelo descumprimento das regras regulatórias, a atuação da Agência não pode se restringir à aplicação de penalidades, sendo necessários espaços, como o Fórum, para o aprimoramento do processo regulatório.

A ANS também realiza Oficinas de Capacitação Técnica com os PROCONs com os quais mantém Convênio de Cooperação Técnica, com o objetivo de melhor capacitar os técnicos dos órgãos de



defesa do consumidor nas questões relacionadas à Saúde Suplementar.

Em julho de 2012, a ANS reuniu órgãos de defesa do consumidor e centrais sindicais para aprimorar o conhecimento sobre Saúde Suplementar. O evento faz parte do trabalho de redução da assimetria de informações sobre Saúde Suplementar, que, nessa edição, capacitou os líderes sindicais dos metalúrgicos para que sejam agentes multiplicadores das informações quanto às negociações com os planos de saúde contratados pelas empresas.

• Informativo Eletrônico Parceiros da Cidadania.

O informe eletrônico é destinado aos órgãos integrantes do SNDC e às Centrais Sindicais. Criado para disseminar informação sobre Saúde Suplementar, tem, entre seus objetivos: I) atualizar os órgãos de defesa do consumidor sobre as inovações normativas decorrentes das Resoluções da ANS; II) promover a integração da ANS com a sociedade civil, a partir das informações divulgadas, de forma clara e acessível, para o consumidor em geral; III) divulgar, para as entidades parceiras, as ações e os eventos realizados pela ANS; IV) ampliar os canais de acesso do consumidor, que permitam, de forma adequada, a agilização no fornecimento de informações, reduzindo, assim, o número de consultas meramente informativas no Disque ANS e no Fale Conosco do site da ANS; e V) produzir material de apoio à disseminação de conhecimento.

Além de facilitar o acesso à informação, o Informativo é uma ferramenta que amplia e fomenta a participação dos órgãos de representação dos consumidores na construção dos normativos e na formulação de políticas públicas na Saúde Suplementar.

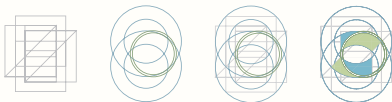
• Ferramenta para acesso aos pareceres técnicos da ANS.

Em setembro de 2012, a ANS incluiu em seu portal uma ferramenta de consulta para facilitar o acesso aos pareceres técnicos com relação às coberturas assistenciais previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A busca é destinada ao Poder Judiciário, ao Ministério Público e aos demais agentes representativos da sociedade. Os documentos poderão ser consultados e utilizados como subsídio para a tomada de decisão e para instrução processual.

A ferramenta levará em consideração as perguntas mais frequentes encaminhadas por esses órgãos à Agência. Essa ação visa dar mais transparência à regulação do setor, além de atender a um pleito do Comitê Executivo Nacional do Fórum de Saúde do Conselho Nacional de Justiça, do qual a ANS participa permanentemente.

• Índice de Reclamações de beneficiários de planos privados de saúde.

O Índice de Reclamações da Saúde Suplementar foi criado em 2003, com o objetivo de permitir que os consumidores comparem a atuação das operadoras de planos de saúde. O método de elaboração do Índice foi aprimorado no decorrer do tempo. É calculado considerando a média de reclamações dos beneficiários de planos privados de saúde contra uma operadora nos últimos seis meses, e a média do número de beneficiários dessa operadora no mesmo período. No cálculo do Índice, são computadas as reclamações procedentes que a Agência recebe dos consumidores, por



meio do Disque ANS (0800 701 9656), do formulário eletrônico em www.ans.gov.br, de carta ou presencialmente, em um dos 12 núcleos da ANS espalhados pelo país.

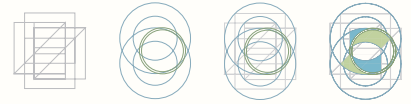
Para permitir a comparação, é apresentado segundo o porte das operadoras: operadora de grande porte (com mais de 100 mil beneficiários), de médio porte (com 20 mil a 100 mil beneficiários) e de pequeno porte (com menos de 20 mil beneficiários).

O Índice é atualizado mensalmente e apresentado para os últimos 24 meses, com possibilidade de revisão dos índices já divulgados.



• Acordos de Cooperação Técnica – 2010-2012.

O acordo de cooperação técnica formaliza ações conjuntas relacionadas à formação técnica, ao debate das questões setoriais que envolvem a saúde suplementar e ao intercâmbio de informações com os órgãos de defesa do consumidor e a sociedade civil organizada, cumprindo o dever legal da ANS de articular com esses órgãos e entidades para garantir a eficácia da proteção e da defesa do consumidor. Por meio da cooperação, busca a disseminação e o intercâmbio de informações, bem como a produção conjunta do conhecimento na Saúde Suplementar, promovendo ainda o estreitamento de relações entre os parceiros.



A ANS mantém os seguintes Acordos de Cooperação Técnica:

I) Órgãos de Defesa do Consumidor: PROCON Estadual do Ceará; PROCON Estadual de Santa Catarina; PROCON Estadual do Pará; PROCON Municipal de Fortaleza; PROCON Estadual da Bahia; PROCON Estadual do Espírito Santo; PROCON Estadual do Sergipe; PROCON Estadual do Mato Grosso; PROCON Estadual do Amapá; PROCON Estadual do Piauí; PROCON Municipal de Caxias do Sul; PROCON Municipal de Natal; PROCON Municipal de Salvador; Instituto de Defesa do Consumidor; Defensoria Pública do Estado do Ceará; Defensoria Pública do Estado do Maranhão; e Codecon.

II) Órgãos de Defesa da Concorrência: Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência e SEAE/MF; e Secretaria de Direito Econômico (SDE/MJ).

III) Órgãos relacionados ao trabalho: Centrais Sindicais Dieese – Departamento Intersindical de Estudos Econômicos; SESI – Serviço Social da Indústria.

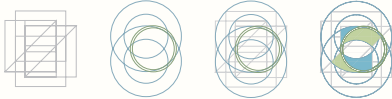
IV) ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária; OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde; AMB – Associação Médica Brasileira.

V) Centrais de Custódia: CETIP, SELIC (Banco Central), BMF/BOVESPA; bancos que oferecem Fundos Dedicados ao Setor de Saúde Suplementar: Safra, Itaú, HSBC, Bradesco, Bancoob, Santander, Sicred, Fator e Banco do Brasil.

VI) Naic – National Association of Insurance Commissioners – órgão regulador e fiscalizador de seguros dos Estados Unidos.

• **Câmaras, Comissões, Grupos de Trabalho e Fóruns externos à ANS – 2010-2012.**

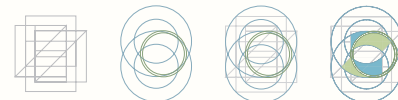
Entre 2010 e 2012, a ANS participou das seguintes câmaras, comissões, grupos de trabalho e fóruns externos: Câmara Setorial de Serviços de Saúde – Anvisa; Comissão de Política de Gestão de Tecnologia – SCTIE/MS; Comitê-Executivo da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias – REBRATS; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC; Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção à Saúde – CGPNPS; Comitê Gestor da Rede Cegonha – SAS/MS; Comitê Gestor da Rede de Atenção Psicossocial, Cuidados aos Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas – SAS/MS; Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência - RUE - SAS/MS; Comitê Gestor de Contas da Saúde no Brasil; Comitê Gestor do Fortalecimento das Ações para a Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama - SAS/MS; Comitê Gestor Saúde Mental; Subcomissão do Sistema de Gestão de Documentos de Arquivo – SIGA, no Ministério da Saúde; Subcomitê de Segurança da Informação – CIINFO – DATASUS; Comitê Técnico de Saúde da População Negra; Comitê Técnico de Saúde da População – GLTB; Comitê da Sala de Situação de Saúde – SE/MS; Conselho Editorial do Ministério da Saúde – CONED; Comissão sobre Acesso e Uso do Genoma Humano; Fórum de Política de Informação e Informática; Fórum Permanente de Comunicação Social da Saúde; Grupo de Trabalho da Saúde na Conferência Rio+20 – MS; Grupo de Trabalho para Avaliar a Disponibilidade e a Qualidade da Produção Nacional das Órteses e Próteses – coordenado pela SCTIE; Grupo de Trabalho



Permanente em Avaliação de Tecnologia em Saúde – SCTIE/MS; Oficina do Registro Eletrônico de Saúde – RES; Comitês da RIPSAs – Rede Interagencial de Informações para a Saúde CGI Cobertura; CTI CNES; CGI Recursos; Secretaria Técnica; OTI (Oficina Interagencial); CTI Plataforma de Indicadores; Subcomitê de Segurança da Informação; Sala de Situação; CONED – Conselho Editorial do Ministério da Saúde; BVS – Economia da Saúde; Comissão de Estudo Especial de Informática em Saúde (CEEIS) – (CEE 78/ABNT); Comissão Científica do QualiHosp – GVsaúde – FGV/SP; Subcomitê de Solvência da IAIS (International Association of Insurance Supervisors); Subcomitê de Governança Corporativa da IAIS; Comissão Nacional de Atuária da Previc; Comissão Contábil da Susep; GT de Licitações das Agências Reguladoras (pertence ao Fórum Geral das Agências Reguladoras – comandado pela ANTT); Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão; Comissão de Ética Pública; Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN – SE/MS; Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS; Comitê Consultivo do Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação – PRO-REG; Grupo de Trabalho – Acompanhamento Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS); Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia (CAEPE) 2012; Grupos de Trabalho MPOG – e-PING – Padrões de Interoperabilidade de Governo Eletrônico; Fórum das Agências Reguladoras – GT Planejamento e Gestão; e Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e articular estratégias, planos e metas para a implementação da Lei nº 12.527, de 18/11/2011, Lei de Acesso à Informação.

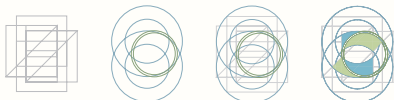
3.9 - PARTICIPAÇÃO SOCIAL

De 2010 a 2012, as principais conquistas relativas à participação social foram a edição da RN sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e na tomada de decisão da ANS; a publicação do maior número de Consultas Públicas desde a criação da ANS, todas elas precedendo as principais ações regulatórias da Agência; e a qualidade técnica das Câmaras e dos Grupos Técnicos instituídos pela ANS para discussão, com representações interessadas no tema das prioridades regulatórias do período.



•Audiências Públicas no Senado Federal e na Câmara de Deputados.

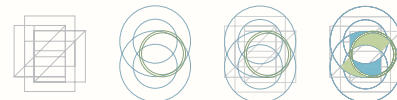
2011			
SF	Sen. Paulo Davim (PV/RN)	REQ. nº 37/2011 - CAS - Requer a realização de audiência pública pela Comissão de Assuntos Sociais, com o objetivo de abordar questões relacionadas à Saúde Suplementar no Brasil.	Realizada em 22/11/2011 Representante da ANS: Dr. Mauricio Ceschin, Diretor Presidente da ANS
SF	Sen. Humberto Costa (PT/PE) e Sen. Rita Esgario (PT/ES)	REQ. nº 8/2011 - CAS - (CASSAUDE) - Requer Audiência Pública destinada a debater a situação da Saúde Suplementar no Brasil.	
SF	Sen. Eduardo Amorim (PSC/SE) e Sen. Humberto Costa (PT/PE)	REQ nº 2/2011 - CAS – Requer Audiência Pública para discutir o mercado de plano de saúde no Brasil, a relação médico/plano de saúde e a relação consumidor/plano de saúde.	
SF	Sen. Paulo Paim (PT/RS)	REQ. nº 137/2011 - CDH - Requer a realização de Audiência Pública a fim de debater a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 - A manutenção dos planos de saúde corporativos após o término do contrato de trabalho.	Realizada em 1º/11/2011 Representante da ANS: Dr. Mauricio Ceschin, Diretor Presidente da ANS
CD	Dep. Eleuses Paiva (DEM/SP)	REQ nº 26/2011 - CSSF - Requer a realização de Audiência Pública para debater a relação de trabalho entre os médicos prestadores de serviços e os planos de saúde.	Realizada em 10/5/2011 Representante da ANS: Dr. Mauricio Ceschin, Diretor Presidente da ANS
CD	Dep. Sabino Castelo Branco (PTB/AM)	REQ. nº 21/2011 - CTASP – Requer a realização de Audiência Pública para prestar esclarecimentos sobre a política de honorários aplicada pelas operadoras de Planos de Saúde.	Realizada em 10/5/2011 Representante da ANS: Dr. Mauricio Ceschin, Diretor Presidente da ANS



(continuação)

2011			
CD	Dep. Nelson Marquezelli (PTB/SP) e outros	REQ. nº 18 - CDC – Requer a realização de audiência pública para discutir a necessidade de medidas protetivas aos consumidores de planos de saúde coletivos, administrados por entidades de classe, associações e assemelhados.	Realizada em 10/5/2011 Representante da ANS: Dr. Mauricio Ceschin, Diretor Presidente da ANS
CD	DEP. Dimas Ramalho (PPS/SP)	REQ. nº 15/2011 - CDC - Requer a realização de Audiência Pública sobre a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na fiscalização das operadoras de planos de saúde.	
CD	DEP. Dimas Ramalho (PPS/SP)	REQ. nº 14/2011 - CDC - Requer a realização de Audiência Pública para a discussão sobre ressarcimento dos Planos de Saúde ao SUS.	
2012			
SF	Sen. Ricardo Ferraço (PMDB/ES)	REQ. nº 52/2012 - CAS - Requer, nos termos do Regimento Interno do Senado Federal, a realização de audiência pública na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para discutir recente medida tomada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de suspender a venda de 268 planos de saúde. Convidado: Mauricio Ceschim - Presidente da ANS	Realizada em 30/10/2012 Representante da ANS: Dr. Mauricio Ceschin, Diretor Presidente da ANS

Nota: CD – Câmara dos Deputados; SF – Senado Federal; CAS – Comissão de Assuntos Sociais; CDH – Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa; CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família; CTASP – Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público; e CDC – Comissão do Código de Defesa do Consumidor.



• **Formas de Participação Social - Resolução Normativa nº 242, de dezembro de 2010. Consulta Pública nº 33, de agosto de 2011.**

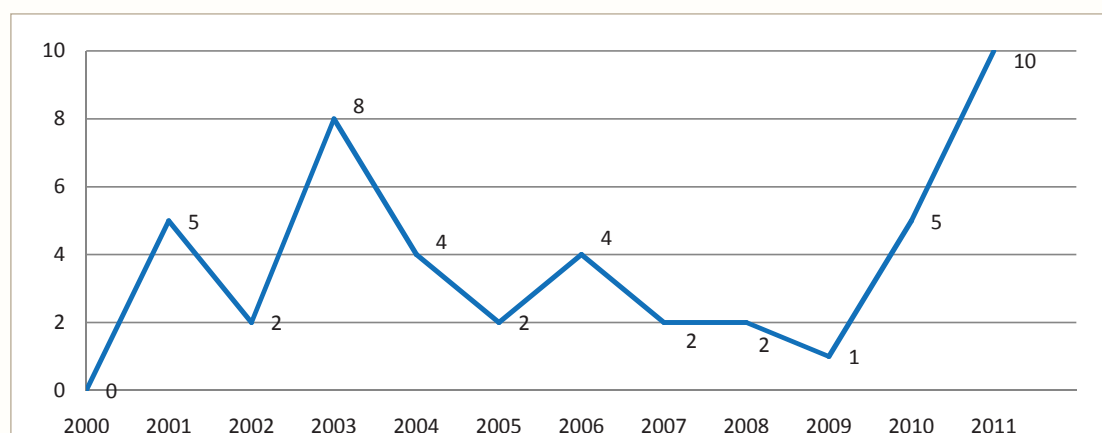
Em setembro de 2010, com o intuito de criar regras para esses importantes mecanismos de controle e participação social, a ANS abriu a Consulta Pública nº 33, que dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados, no processo de edição de normas e na tomada de decisão da ANS, mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas. A Consulta Pública ficou disponível no período de 31/8/2010 a 30/9/2010, recebeu 205 contribuições e deu origem à RN nº 242, de 2010.

• **Consultas Públicas realizadas pela ANS – 2010 a 2012.**

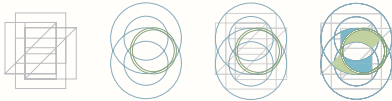
Consulta Pública é uma forma de consulta pela qual a ANS, por deliberação da Diretoria Colegiada, submete à sociedade as propostas de atos normativos relevantes para o setor. São objetivos da Consulta Pública: I) recolher sugestões e contribuições para o processo decisório da ANS; II) recolher sugestões e contribuições para a edição de atos normativos; III) propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições; IV) identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao processo de participação democrática; e v) dar publicidade à ação da ANS. São previstas para serem realizadas previamente à edição de normas e à tomada de decisão, quando se referirem a assuntos de relevante interesse público, e devem ser recebidas de forma escrita, preferencialmente por meio eletrônico.

O ano de 2011 alcançou o maior número de Consultas Públicas desde a criação da ANS. Os gráficos a seguir mostram o número de Consultas Públicas de Resoluções Normativas publicadas de 2000 a 2011:

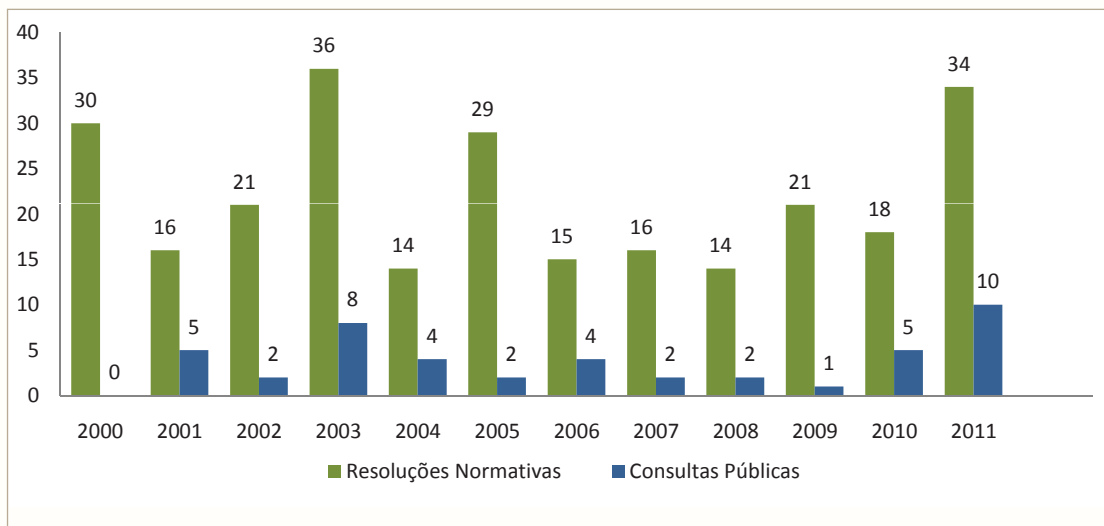
Consultas Públicas realizadas pela ANS – 2000 a 2011



Fonte, ANS, dados até 05/10/2012



Consultas Públicas e Resoluções publicadas pela ANS – 2000 a 2011

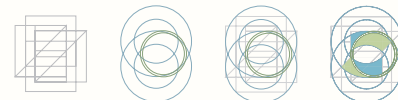


Nota: ANS, dados até 5/10/2012 Nota: Em 2012, até 5 de outubro, foram publicadas 5 Consultas Públicas, 3 estavam abertas e 2 em fase de consolidação, na data de apuração dos dados. Não estão incluídas: as Resoluções de alterações no Regimento Interno, as regras de âmbito interno da ANS e as Resoluções de prorrogação de prazo. De 2000 a 2001, eram utilizadas Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC).

Consultas Públicas realizadas pela ANS no período de 2010 a 2012.

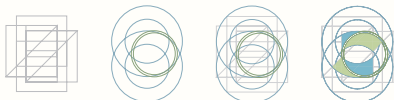
Consultas Públicas realizadas em 2010.

Nº da Consulta Pública	Período	Norma decorrente	Ementa da Consulta Pública ou da Resolução Normativa decorrente
32 -Formas de Participação Social	31/8/2010 a 30/9/2010	RN nº 242, de 7 de dezembro de 2010.	Dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas.
33 – Notificação de Investigação Preliminar	16/6/2010 a 10/7/2010	RN nº 226, de 6 de agosto de 2010.	Institui o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar – NIP e altera a redação do art. 11 da Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003.



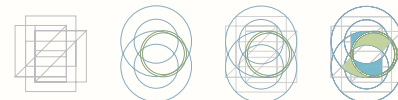
Consultas Públicas realizadas em 2010. (continuação)

Nº da Consulta Pública	Período	Norma decorrente	Ementa da Consulta Pública ou da Resolução Normativa decorrente
34 - Extensão da Portabilidade	20/10/2010 a 10/11/2010	RN nº 252, de 28 de abril de 2011.	Dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências, alterando as Resoluções Normativas nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e nº 124, de 30 de março de 2006, e a Resolução de Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000.
35 - Adaptação de Contratos	19/11/2010 a 3/01/2011	RN nº 254, de 5 de maio de 2011. RN nº 263, de 1º de agosto de 2011. Art. 1º O art. 32 da Resolução Normativa - RN nº 254, de 5 de maio de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte dispositivo: “Art.32 Parágrafo único. “O art. 27 desta Resolução entra em vigor a partir do dia 4 de agosto de 2012.”	Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999 e altera as Resoluções Normativas nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004; e nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.
36 - Acreditação de Operadoras	17/12/2010 a 6/1/2011	RN nº 277, de 4 de novembro de 2011.	Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde



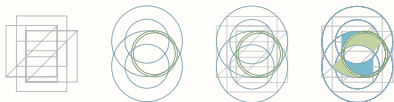
Consultas Públicas realizadas em 2011.

Nº Consulta Pública	Período	Norma decorrente	Ementa da Consulta Pública ou da Resolução Normativa decorrente
37 - Garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde	3/2/2011 a 2/3/2011	RN nº 259, de 17 de junho de 2011. RN nº 268, de 1º de setembro de 2011.	Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. Altera a Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.
38 - Resolução Normativa que institui o Programa de Incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar	25/2/2011 a 27/3/2011	RN nº 267, de 24 de agosto de 2011.	Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar.
39 - Consulta Pública da resolução que Regula o plano de recuperação assistencial e o regime especial de Direção Técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar	9/3/2011 a 8/4/2011	RN nº 256, de 18 de maio de 2011.	Institui o Plano de Recuperação Assistencial e regula o regime especial de Direção Técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar, e dá outras providências.



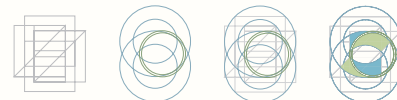
Consultas Públicas realizadas em 2011. (continuação)

Nº Consulta Pública	Período	Norma decorrente	Ementa da Consulta Pública ou da Resolução Normativa decorrente
40 - Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	15/4/2011 a 21/5/2011	<p>RN nº 262, de 1º de agosto de 2011.</p> <p>RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011. Altera os Anexos I e II e revoga parcialmente o Anexo III, todos da RN nº 262, de 1º de agosto de 2011, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.</p>	Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.
41- Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.	19/4/2011 a 2/6/2011	<p>RN nº 279, de 24 de novembro de 2011. Entra em vigor 90 dias após a data de sua publicação. Publicado DOU em 25/11/2011</p> <p>RN nº 287, de 17 de fevereiro de 2012 estabelece vigência em 1º de junho de 2012.</p>	Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999.



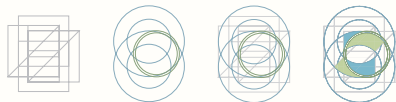
Consultas Públicas realizadas em 2011. (continuação)

Nº Consulta Pública	Período	Norma decorrente	Ementa da Consulta Pública ou da Resolução Normativa decorrente
42-Envelhecimento Ativo	16/5/2011 a 21/6/2011	RN nº 265, de 19 de agosto de 2011. IN nº 36, de 19 de agosto de 2011.	<p>Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.</p> <p>Dispõe sobre os procedimentos para cumprimento da resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.</p>



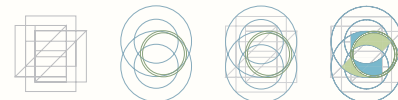
Consultas Públicas realizadas em 2011. (continuação)

Nº Consulta Pública	Período	Norma decorrente	Ementa da Consulta Pública ou da Resolução Normativa decorrente
43 - Atualização do Padrão de Troca de Informação na Saúde Suplementar (Padrão TISS)	7/6/2011 a 5/8/2011	RN nº 305, de 9 de outubro de 2012 IN nº 51, de 9 de outubro de 2012	<p>RN - Estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009.</p> <p>IN - Regulamenta a RN nº 305, de 09 de outubro de 2012, e institui o Sistema de Gestão do Padrão TISS</p>
44 - Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS)	24/6/2011 a 23/7/2011	RN nº 275, de 1º de novembro de 2011.	Dispõe sobre a Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar –QUALISS.



Consultas Públicas realizadas em 2011. (continuação)

Nº Consulta Pública	Período	Norma decorrente	Ementa da Consulta Pública ou da Resolução Normativa decorrente
45 - Informação da rede credenciada	24/8/2011 a 22/9/2011	<p>RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.</p> <p>Entra em vigor em:</p> <p>I - 180 (cento e oitenta) dias após a data da publicação desta RN para as operadoras de planos privados de assistência à saúde com número igual ou superior a 100.000 (cem mil) beneficiários; e,</p> <p>II - 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após a data da publicação desta RN para as operadoras de planos privados de assistência à saúde com número inferior a 100.000 (cem mil) beneficiários.</p>	<p>Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa – RN nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.</p>

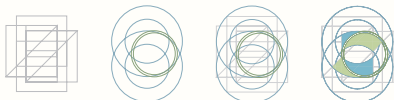


Consultas Públicas realizadas em 2011. (continuação)

Nº Consulta Pública	Período	Norma decorrente	Ementa da Consulta Pública ou da Resolução Normativa decorrente
46-Programa de Qualificação - Componente Operadoras	28/9/2011 a 27/10/2011 Prorrogada até 4/11/2011	RN nº 282, de 20 de dezembro de 2011.	Altera a Resolução Normativa – RN nº 139, de 24 de novembro de 2006, que dispõe sobre o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar; e dispõe sobre a possibilidade de inclusão de novo indicador na Dimensão de Satisfação de Beneficiários para a avaliação das operadoras a partir do ano base de 2012.

Consultas Públicas realizadas em 2012.

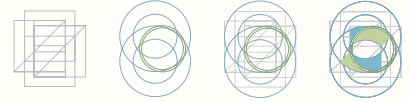
Nº Consulta Pública	Período	Norma decorrente	Ementa da Consulta Pública ou da Resolução Normativa decorrente
47 - Procedimentos de Adequação Econômico-financeira (Paef)	13/7/2012 a 11/8/2012	RN nº 307, de 22 de outubro de 2012	Dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata a alínea “e” do inciso XLI do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; revoga a RN nº 199, de 07 de agosto de 2009; e dá outras providências.
48 - Pool de Risco - regulamentação do agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para o cálculo e a aplicação do percentual de reajuste.	1º/8/2012 a 30/8/2012	RN nº 309, de 24 de outubro de 2012	Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.



Consultas Públicas realizadas em 2012. (continuação)

Nº Consulta Pública	Período	Norma decorrente	Ementa da Consulta Pública ou da Resolução Normativa decorrente
49 - Oferta de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde	4/9/2012 a 6/10/2012	RN nº 310, de 30 de outubro de 2012	Dispõe sobre os princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde
50 - Obrigatoriedade de instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.	18/9/2012 a 23/10/2012	Fase de consolidação	Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pela operadora de plano privado de assistência à saúde autorizada a funcionar pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
51 - Regulamentação da prestação de informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização dos procedimentos solicitados pelo médico assistente.	27/9/2012 a 26/10/2012	Fase de consolidação	Dispõe sobre a regulamentação da prestação de informação sobre as negativas de autorização para procedimentos médicos, como exames consultas e cirurgias, que deverão ser feitas por escrito pelas operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas pelo beneficiário.

Nota: Consultas Públicas publicadas até 31/10/2012.



• Câmara de Saúde Suplementar.

A Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) é o órgão de participação institucionalizada da sociedade, permanente e consultivo, que auxilia a Diretoria Colegiada nas suas discussões.

Tem como competências: I) acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar; II) discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor; III) colaborar para as discussões e para os resultados das Câmaras Técnicas; IV) auxiliar a ANS a aperfeiçoar o setor de assistência suplementar à saúde no país; e V) indicar representantes para compor câmaras e grupos técnicos, sugeridos pela Diretoria Colegiada.

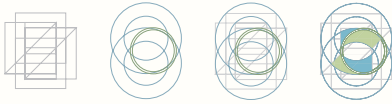
Entre 2010 e outubro de 2012, a Câmara de Saúde Suplementar reuniu-se por onze vezes, para discutir temas prioritários do setor.

A Câmara de Saúde Suplementar é composta pelas seguintes representações da sociedade: ministérios da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça; e da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS; Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor; Associação Nacional dos PROCONs; Fórum Nacional de Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor; Núcleo de Defesa do Consumidor; Entidades de Portadores de Patologias Especiais e de Portadores de Deficiência; Associação Médica Brasileira (AMB); Conselho Federal de Medicina (CFM); Conselho Federal de Odontologia (CFO); Conselho Federal de Enfermagem; Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical; Social Democracia Sindical; Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização; Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; Confederação Nacional das Cooperativas Médicas; Sociedade Cooperativa de Serviços Odontológicos; Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo; União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde; e Federação Nacional de Saúde Suplementar.

• Ouvidoria.

As instituições públicas adotaram a iniciativa de criar Ouvidorias com o intuito de aperfeiçoar o seu serviço, mantendo-o moderno e próximo à realidade da sociedade, por meio das informações captadas de usuários e destinatários de suas ações, com vista à melhoria do seu nível de eficiência e eficácia.

A Ouvidoria é um canal de comunicação entre a sociedade e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sua missão é buscar o aperfeiçoamento e a melhoria contínua da qualidade da atuação da ANS. Atua como instância mediadora de conflitos, desfazendo mal-entendidos e propiciando o exercício dos direitos e dos deveres, de forma imparcial e ética. Isso vale tanto para o público externo, que abrange todos os agentes que participam do mercado regulado, quanto para o público interno, que envolve servidores e gestores. O objetivo da Ouvidoria é buscar a eficiência, a eficácia, a efetividade e a excelência na gestão da ANS, sempre inspirada



nos princípios legais e doutrinários que devem inspirar a Administração Pública.

Na ANS, a Ouvidoria propicia a aproximação entre cidadãos e gestores, por meio do registro de reclamações, sugestões, elogios e consultas. Com as manifestações recebidas dos consumidores e dos entes regulados, é possível recomendar a correção de distorções, falhas, atos e omissões, sintonizando, assim, a ANS com os anseios da sociedade.

As principais atribuições da Ouvidoria são: I) receber demandas (reclamações, consultas, sugestões e elogios) relativas ao desempenho das diversas áreas que compõem a ANS, relacionadas aos serviços por elas prestados; II) propor recomendações que promovam a qualidade e a eficiência da ANS para melhorar a gestão e alcançar o equilíbrio na atuação regulatória; e III) exercer o acompanhamento das ações e da atuação da ANS, como meio de colaborar para o fortalecimento e o desenvolvimento da instituição.

A seguir, o número de demandas recebidas pela Ouvidoria em 2010 e 2011.

Número de demandas recebidas pela Ouvidoria da ANS em 2010-2011.

	Reclamações	Consultas	Sugestões	Elogio	Total
2010	4.562	2.228	94	345	7.229
2011	3.975	2.337	122	235	6.813

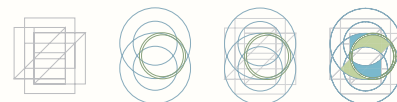
Fontes: Ouvidoria - Relatório de Atividades 2010 e Ouvidoria - Relatório de Atividades 2011

• Câmaras e Grupos Técnicos - 2010-2012.

Câmara Técnica é um fórum técnico, de caráter temporário, instituído por deliberação da Diretoria Colegiada, para ouvir e colher subsídios de determinados órgãos, entidades e pessoas naturais ou jurídicas, previamente convidados, em matérias relevantes que estão sendo objeto de processo decisório da ANS. Seus objetivos são: I) propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições à ANS; II) identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao processo de participação democrática; e III) dar publicidade à ação da ANS.

De 2010 a 2012, a ANS contou com as seguintes Câmaras Técnicas: I) Em andamento: Hierarquização dos Procedimentos Médicos; e Mecanismos de Regulação. II) Concluídas: Obrigatoriedade de Ouvidorias na Saúde Suplementar; Pool de Risco; Ajustes ao Patrimônio para fins de PMA e Margem de Solvência; Pesquisa de Satisfação de Beneficiários com as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde; Novo Modelo de Reajuste; Portabilidade de Carências; e Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 – aposentados e demitidos.

Os Grupos Técnicos têm estrutura e objetivos semelhantes, porém não possuem o caráter formal das Câmaras Técnicas. As conclusões das Câmaras Técnicas e dos Grupos Técnicos são importantes



fundamentos para a elaboração da legislação da ANS. De 2010 a 2012, a ANS contou com os seguintes Grupos Técnicos:

I) Em andamento: Assistência Farmacêutica.

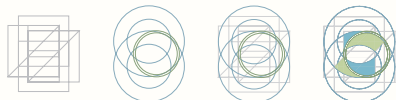
II) Concluídos: Novo Modelo de Reajuste; Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 211/2010; Envelhecimento Ativo; Definição das Regiões de Saúde; e Remuneração de Hospitais.

4 - RESOLUÇÕES NORMATIVAS, INSTRUÇÕES NORMATIVAS E SÚMULAS NORMATIVAS PUBLICADAS ENTRE 2010 E 2012

4.1 - NORMAS PUBLICADAS EM 2010

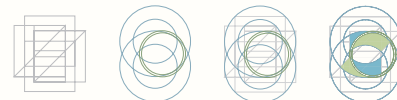
Resoluções Normativas publicadas em 2010.

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
211 12/01/2010	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 e dá outras providências.	Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória para os planos de saúde. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revista a cada dois anos.
212 19/01/2010	Acrescenta o artigo 2º-A e altera o artigo 3º da Resolução Normativa - RN nº. 173, de 10 de julho de 2008, que dispõe, em especial, sobre o envio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS, e dá outras providências.	Estabelece prazos para as operadoras enviarem eletronicamente, em conjunto com o DIOPS/ANS (que é o sistema de informações pelo qual as operadoras informam trimestralmente seus dados cadastrais e econômico-financeiros para a ANS) o Relatório de Revisão Limitada sobre as informações econômico-financeiras transmitidas e elaboradas por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM.



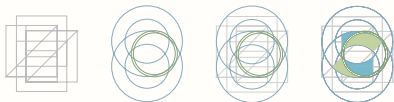
Resoluções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
213 25/03/2010	Altera a Resolução Normativa - RN n.º 197, de 16 de julho de 2009, que instituiu o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência.
214 25/03/2010	Altera a Resolução Normativa - RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.	Dispõe sobre mudanças no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
215 14/04/2010	Altera a Resolução Normativa - RN nº 165, de 12 de dezembro de 2007, que dispõe, em especial, sobre o Comitê Permanente de Gestão do Conhecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.	O Comitê Permanente de Gestão do Conhecimento da ANS tem a finalidade de coordenar e articular as iniciativas de produção e a divulgação do conhecimento sobre saúde suplementar. A RN altera a representação das áreas no grupo e cria Grupo de Apoio Técnico à Pesquisa e à Produção Editorial.
216 15/04/2010	Altera a Resolução Normativa - RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.	Dispõe sobre mudanças no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.



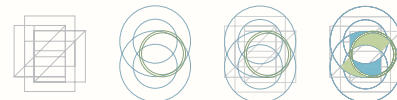
Resoluções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
217 14/05/2010	Altera a RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008 e a RN nº 177, de 3 de novembro de 2008.	Altera a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, sobre o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, e estabelece normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.
218 26/05/2010	Dispõe sobre o Observatório de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar	Dispõe sobre o Observatório com o objetivo de prover conhecimentos adicionais sobre o setor.
219 09/06/2010	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituído pela RN 197, de 16 de julho de 2009, e a Resolução Normativa nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
220 11/06/2010	Acrescenta procedimentos no anexo da RN n.º 177, de 3 de novembro de 2008.	Acrescenta os procedimentos de Diária de Acompanhante e Diária de UTI aos procedimentos a serem ressarcidos ao SUS.
221 25/06/2010	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituído pela RN 197, de 16 de julho de 2009.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência.



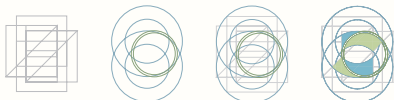
Resoluções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
222 25/06/2010	Altera a Resolução Normativa - RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.	Dispõe sobre mudanças no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS
223 29/07/2010	Dispõe sobre o programa de fiscalização pró-ativa e altera o regimento interno da ANS instituído pela Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009.	Dispõe sobre o Programa Olho Vivo, que consiste no conjunto de ações de caráter pró-ativo, sistemático e planejado, cujo objetivo é a adequação das operadoras à legislação que regula o setor de Saúde Suplementar.
224 29/07/2010	Altera o art. 2º-A da Resolução Normativa – RN nº 173, de 10 de julho de 2008, que dispõe, em especial, sobre a versão XML (<i>Extensible Markup Language</i>) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS.	Altera o art. 2º-A da Resolução Normativa Altera a redação do referido art. Para: As operadoras de planos de saúde ficam obrigadas a enviar eletronicamente, em conjunto com o DIOPS/ANS, Relatório de Procedimentos Previamente Acordados sobre as informações econômico-financeiras transmitidas, elaborado por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM.
225 06/08/2010	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituído pela RN 197, de 16 de julho de 2009, e a Resolução Normativa nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.



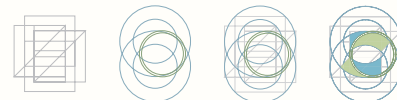
Resoluções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
226 06/08/2010	Institui o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar – NIP e altera a redação do art. 11 da Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003.	Institui o procedimento da NIP que consiste em um instrumento que visa a solução de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de saúde, acerca das demandas de negativa de cobertura.
227 20/08/2010	Dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar e altera a Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009.	Dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores e altera a RN nº 209, de 2009, que fixa os critérios de manutenção de recursos próprios mínimos, dependência operacional e constituição de provisões técnicas a serem observados pelas operadoras.
228 06/09/2010	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência.
229 06/09/2010	Altera a Resolução Normativa – RN nº 205, de 8 de outubro de 2009, que dispõe, em especial, sobre novas normas para o prazo de envio das informações do Sistema de Informações de Produtos - SIP a partir do período de competência do 1º trimestre de 2010.	Define novos prazos para o envio das informações assistenciais para a ANS e estabelece que os dados informados deverão ser auditados, semestralmente, por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM.



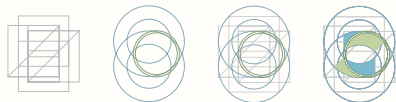
Resoluções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
230 21/09/2010	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a Resolução Normativa nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
231 14/10/2010	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência.
232 14/10/2010	Altera a Resolução Normativa nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro demonstrativo de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.	Dispõe sobre mudanças no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
233 14/10/2010	Altera a Resolução Normativa - RN nº 187, de 9 de março de 2009, que estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS.	Atualiza regras para o envio pelas operadoras de dados cadastrais de beneficiários para a ANS.
234 14/10/2010	Altera o art. 31 da Resolução Normativa RN nº 124, de 30 de março de 2006.	Atualiza a RN de dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos de saúde.



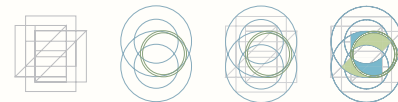
Resoluções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
235 20/10/2010	Altera a Resolução Normativa – RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o Quadro de Cargos Comissionados e Cargos Comissionados Técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.	Dispõe sobre mudanças no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
236 20/10/2010	Altera a Resolução Normativa - RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o Quadro de Cargos Comissionados e Cargos Comissionados Técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.	Dispõe sobre mudanças no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
237 22/10/2010	Dispõe sobre o Regimento Interno da Câmara de Saúde Suplementar	Dispõe sobre o Regimento Interno da Câmara de Saúde Suplementar, que é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões.
238 04/11/2010	Altera o art. 2º-A da Resolução Normativa - RN nº 173, de 10 de julho de 2008, que dispõe sobre a versão XML (<i>Extensible Markup Language</i>) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS	As operadoras ficam obrigadas a enviar eletronicamente, em conjunto com o DIOPS/ANS, o Relatório de Procedimentos Previamente Acordados sobre as informações econômico-financeiras transmitidas, elaborado por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM, no segundo trimestre de cada exercício.



Resoluções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
239 8/11/2010	08/11/2010 Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP para fins de Ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, alterando a RN nº 177, de 3 de novembro de 2008, a RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, e a RN nº 217, de 13 de maio de 2010.	Altera a Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SIA/SIH – SUS, utilizada para fins de ressarcimento ao SUS
240 06/12/2010	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP para fins de Ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, alterando a RN nº 239, de 5 de novembro de 2010.	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP para fins de Ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, alterando a RN nº 239, de 5 de novembro de 2010.
241 06/12/2010	Estabelece a obrigatoriedade de negociação dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços.	Estabelece que as operadoras de planos de saúde deverão ajustar os instrumentos jurídicos firmados com os prestadores de serviços, que apresentem como parte integrante dos seus serviços de atenção à saúde a utilização de medicamentos de usos restritos a hospitais e clínicas.

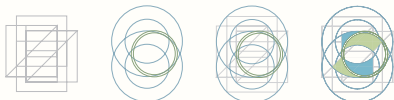


Resoluções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
242 08/12/2010	Dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas.	Define os objetivos, as aplicações e o funcionamento das consultas e audiências públicas e câmaras técnicas no âmbito da Saúde Suplementar.
243 17/12/2010	Altera as Resoluções Normativas – RN's nº 173, de 10 de julho de 2008, nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e nº 227, de 19 de agosto de 2010.	Simplifica o envio de informações pelas operadoras das modalidades cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, com número de beneficiários inferior a 20 mil, dispensando-as da obrigação de envio do DIOPS/ANS, versão XML (dados econômico-financeiros), relativamente ao primeiro, segundo e terceiro trimestres e do envio mensal do demonstrativo dos fluxos de caixa.

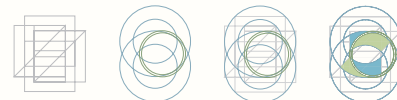
Instruções Normativas publicadas em 2010.

Nº da IN	Data DOU	Ementa
25 / DIPRO	14/01/2010	Regulamenta o artigo 22 da Resolução Normativa – RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.
26/DIPRO	17/02/2010	Altera a Instrução Normativa nº 23 da DIPRO, de 1º de dezembro de 2009.



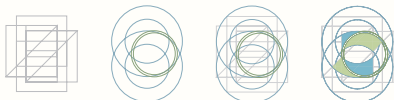
Instruções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da IN	Data DOU	Ementa
39 / DIOPE	24/02/2010	Acrescenta o art. 4º-A na Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras nº. 20, de 20 de outubro de 2008.
40 / DIOPE	09/03/2010	Altera a redação do item 5, Capítulo I, do Anexo da IN/DIOPE n.º 36, de 22 de dezembro de 2009, que compõe o Plano de Contas Padrão da ANS.* AVISO DE RETIFICAÇÃO Na Instrução Normativa – IN nº 39, de 8 de março de 2010, publicada no DOU nº 45, de 9 de março de 2010, na página 37, Seção 1, onde se lê: “INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN Nº 39, DE 8 DE MARÇO DE 2010.” leia-se: “INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN Nº 40, DE 8 DE MARÇO DE 2010.”
8 / DIGES	31/03/2010	Altera a Instrução Normativa - IN nº 6, de 8 de outubro de 2009, da Diretoria de Gestão.
41 / DIOPE	31/03/2010	Dispõe sobre a contabilização dos gastos com Orçamento de tratamento utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, classificadas na modalidade de cooperativas odontológicas.
nº 27 / DIPRO	08/04/2010	Altera a Instrução Normativa nº 23 da DIPRO, de 1º de dezembro de 2009 e revoga a Instrução Normativa – IN DIPRO nº 26, de 12 de fevereiro de 2010.
nº 40 / DIDES	03/05/2010	Altera a Instrução Normativa - IN n.º 22, de 16 de novembro de 2006, para suspender a exigência da aplicação do Código Internacional de Doenças - CID nas guias de Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, em decorrência de decisão judicial.
9 / DIGES	06/05/2010	Altera a Instrução Normativa - IN nº 6, de 8 de outubro de 2009, e a Instrução Normativa - IN nº 8, de 30 de março de 2010, ambas da Diretoria de Gestão.



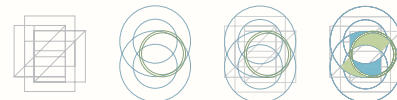
Instruções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN	Data DOU	Ementa
41 / DIDES	25/05/2010	Dispõe sobre a versão 2.02.02 do Padrão TISS de comunicação e segurança para a troca de informações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários. * AVISO DE RETIFICAÇÃO Na Instrução Normativa – IN nº 41, de 14 de maio de 2010, publicada no DOU nº 98, de 25 de maio de 2010, na página 79, Seção 1, onde se lê: “Art. 3º Fica instituída como limite para adoção da versão 2.02.02 do Padrão TISS de comunicação e segurança a data de 12 de maio de 2010.” leia-se: “Art. 3º Fica instituída como limite para adoção da versão 2.02.02 do Padrão TISS de comunicação e segurança a data de 15 de agosto de 2010.”
42 / DIOPE	08/06/2010	Dispõe sobre a contabilização de valores aplicados na aquisição de Ativo Intangível - Marca pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
42 / DIDES	10/06/2010	Estabelece a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS do Padrão TISS, para procedimentos odontológicos em nível ambulatorial para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde, em cumprimento ao disposto no art. 2º, §§ 2º e 5º da Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007.
43 / DIOPE	06/07/2010	Acrescenta os subitens 3.12 e 3.13 ao item 3 do Capítulo I do Anexo da Instrução Normativa - IN nº 36, de 22 de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE.
28 / DIPRO	30/07/2010	Altera a Instrução Normativa nº 23 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, de 1º de dezembro de 2009, que dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa – RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004.



Instruções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN	Data DOU	Ementa
44 / DIOPE	06/08/2010	Altera a Instrução Normativa - IN/DIOPE nº 15, de 11 de março de 2008.
10 / DIFIS	11/08/2010	Dispõe sobre o processamento da negociação do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta das operadoras de planos privados de assistência à saúde no âmbito da Diretoria de Fiscalização, previsto no artigo 29, §§ 1º a 9º, da Lei nº 9.656, de 1998 e na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 57, de 19 de fevereiro de 2001.
43 / DIDES	23/08/2010	Define critérios para a assinatura dos beneficiários ou seus responsáveis, nas guias do padrão obrigatório para troca de informações em saúde suplementar - TISS.
44 / DIDES	10/09/2010	Dispõe sobre a atualização da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS procedimentos médicos, instituída pela Instrução Normativa nº 34 de 13 de fevereiro de 2009.
45 / DIDES	18/10/2010	Dispõe sobre a versão 2.02.03 do Padrão TISS de comunicação e segurança para a troca de informações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários.
3 / DIOPE e DIDES	20/10/2010	Dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS
29 / DIPRO	06/12/2010	Altera a Instrução Normativa nº 22, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO, de 08 de outubro de 2009.

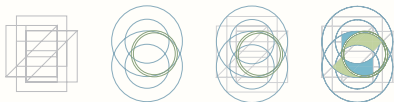


Instruções Normativas publicadas em 2010. (continuação)

Nº da RN	Data DOU	Ementa
10 / DIGES	09/12/2010	Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2010, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Qualificação das Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no que tange aos incisos II, III e IV do artigo 22-A da Resolução Normativa – RN nº139, de 24 de novembro de 2006, alterada pela RN nº 193, de 16 de julho de 2009.
45 / DIOPE	15/12/2010	Regulamenta o disposto no § 3º do art. 2º-A da Resolução Normativa – RN nº 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, e o disposto no art. 5º da Resolução Normativa – RN n.º 227, de 19 de agosto de 2010, quanto ao Relatório de Procedimentos Previamente Acordados – PPA exigido.

Súmulas Normativas publicadas em 2010.

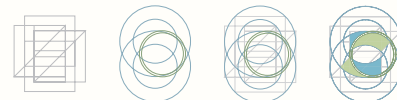
Nº da Súmula	Data DOU	Texto Explicativo
12 / Diretoria Colegiada	05/05/2010	Para fins de aplicação à legislação de saúde suplementar, entende-se por companheiro de beneficiário titular de plano privado de assistência à saúde pessoa do sexo oposto ou do mesmo sexo.
13 / Diretoria Colegiada	04/11/2010	O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo.



4.2 - NORMAS PUBLICADAS EM 2011

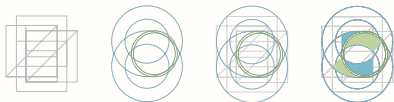
Resoluções Normativas publicadas em 2011.

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
244 12/1/2011	Altera a Resolução Normativa - RN nº 117, de 30 de novembro de 2005, que dispõe, em especial, sobre a identificação de clientes, manutenção de registros e relação de operações e situações que podem configurar indícios de ocorrência dos crimes previstos na Lei n.º 9.613, de 3 de março de 1998.	Acrescenta à RN nº 117, de 2005, que será permitida a guarda e disponibilização da documentação em meio eletrônico para fins de cadastros, registros e documentos gerados, transmitidos e/ou recebidos através do padrão TISS.
245 31/1/2011	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.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
246 25/2/2011	Altera a Resolução Normativa - RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009.	Atualiza regras sobre margem de solvência.
247 25/3/2011	Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde.	Altera o Plano de Contas Padrão para as operadoras.



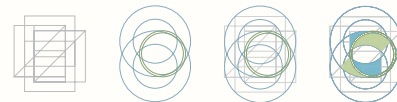
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
248 2/3/2011	Altera a RN nº 4, 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.	Dispõe sobre método e valores relativos ao parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a ANS.
249 2/3/2011	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.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
250 28/3/2011	Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; institui o formato XML (<i>Extensible Markup Language</i>) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS; revoga a RN nº 187, de 9 de março de 2009 e a RN nº 233, de 13 de outubro de 2010 e dá outras providências.	Dispõe sobre regras para o envio pelas operadoras de dados cadastrais de beneficiários de planos de saúde para a ANS.



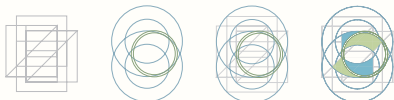
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
251 25/4/2011	Altera a Resolução Normativa - RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.	Define o método de valoração do ressarcimento ao SUS.
252 29/4/2011	Dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências, alterando as Resoluções Normativas nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e nº 124, de 30 de março de 2006, e a Resolução de Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000.	Trata das regras de portabilidade de carências e sobre a portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
253 6/5/2011	Dispõe sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.	Estabelece normas para o procedimento administrativo de ressarcimento ao SUS e repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS, sem prejuízo da utilização do meio eletrônico e da transmissão eletrônica regulamentados por normas específicas.



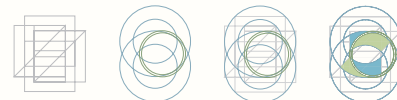
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
254 6/5/2011	Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999 e altera as Resoluções Normativas nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004; e nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.	Dispõe sobre a adaptação e migração de contratos e sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.
255 19/5/2011	Dispõe sobre a designação do responsável pelo fluxo das informações relativas à assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 64, de 10 de abril de 2001.	Estabelece que o fluxo das informações relativas à assistência prestada aos beneficiários de saúde passa a ser atribuição do responsável pela Área Técnica de Saúde, designado pela operadora quando da solicitação de autorização de seu funcionamento.
256 19/5/2011	Institui o Plano de Recuperação Assistencial e regula o regime especial de Direção Técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar, e dá outras providências.	Estabelece que detectadas anormalidades administrativas graves que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO informará a operadora e lhe concederá prazo de até 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento do ofício de notificação de anormalidade administrativa grave, para apresentar e documentar as medidas implementadas para solucionar as anormalidades apontadas.



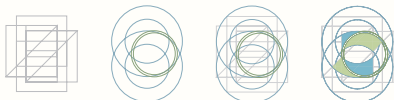
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
257 1/6/2011	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN Nº197, 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.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
258 20/6/2011	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.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS..
259 20/6/2011	Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.	Estabelece prazos máximos para atendimento ao beneficiário pelas operadoras de planos de saúde.
260 28/7/2011	Revoga o inciso VII do art. 9º da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências.	Altera a definição das pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial para as quais podem ser oferecidos os planos coletivos por adesão.



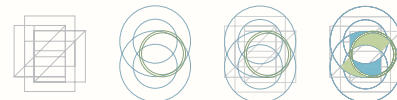
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
261 29/7/2011	Altera o Anexo da RN nº 211, de 21 de janeiro de 2010, 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 e dá outras providências.	Altera a cobertura mínima obrigatória relativa a implante coclear.
262 2/8/2011	Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.	Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória para os planos de saúde. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revista a cada dois anos.
263 2/8/2011	Altera a Resolução Normativa - RN nº 254, de 5 de maio de 2011	Altera a data de vigência do art. da RN 254, que trata dos contratos coletivos vigentes por prazo indeterminado ou que contenham cláusula de recondução tácita e estejam incompatíveis com o disposto na Lei nº 9656, de 1998, não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de inclusão de novo cônjuge e filhos do titular.
264 22/8/2011	Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar.	Dispõe sobre a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na saúde suplementar, define conceitos, estabelece as modelagens dos programas e dispõe sobre os incentivos para as operadoras e para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde.



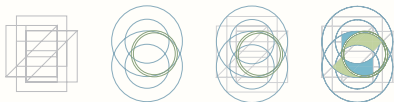
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
265 22/8/2011	Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.	Define sobre regras para a concessão de bonificação e de premiação e para a adesão e a participação em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.
266 22/8/2011	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência.
267 25/8/2011	Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar.	Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços - Qualiss Divulgação.
268 2/9/2011	Altera a Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.	Complementa as regras contidas RN nº 259, que estabelece prazos máximos para atendimento ao beneficiário pelas operadoras de planos de saúde.
269 29/9/2011	Altera a Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.	Altera regras para alteração do registro de produto que dispõe de beneficiários.



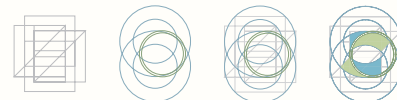
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
270 11/10/2011	Dispõe sobre o procedimento e os requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação fusão ou cisão; dá nova redação ao artigo 28 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde; e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 83, de 16 de agosto de 2001, que dispõe sobre a transferência de controle societário de operadoras de planos de assistência à saúde.	Estabelece regras para os procedimentos e os requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão das operadoras de planos de assistência à saúde, bem como acrescenta sanções em caso de descumprimento.
271 13/10/2011	Altera a Resolução Normativa - RN nº 253, de 5 de maio de 2011, que dispõe sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.	Estabelece os prazos para inscrição do valor devido a título de ressarcimento ao SUS no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do setor público federal – CADIN, em caso de não pagamento.



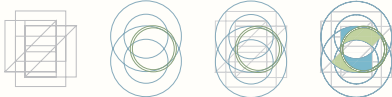
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
272 21/10/2011	Altera a Resolução Normativa - RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar; altera RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde; e dá outras providências.	Atualiza as regras para uma operadora ser classificada na modalidade de autogestão.
273 21/10/2011	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.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.



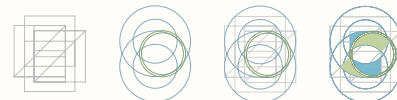
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
274 24/10/2011	Estabelece tratamento diferenciado para as pequenas e médias operadoras de planos privados de assistência à saúde; dispõe sobre novas regras regulatórias aplicáveis a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde; altera as Resoluções Normativas - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, RN nº 159, de 3 de julho de 2007, RN nº 171, de 29 de abril de 2008, RN nº 172, de 8 de julho de 2008, RN nº 173, de 10 de julho de 2008, RN nº 205, de 8 de outubro de 2009, RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009, RN nº 209, de 2 de dezembro de 2010, RN nº 227, de 19 de agosto de 2010; e altera a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 13, de 21 de julho de 2007.	Define o tratamento diferenciado a ser dispensado às operadoras de pequeno e médio porte e dispõe sobre novas regras regulatórias aplicáveis a todas as operadoras.
275 3/11/2011	Dispõe sobre a Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar -QUALISS.	Cria o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, que consiste em um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviços na saúde suplementar.



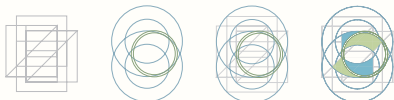
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
276 4/11/2011	Estabelece procedimentos a serem observados nos inquéritos administrativos aplicados à liquidação extrajudicial das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, por força do art. 24-D, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.	Trata dos procedimentos a serem observados nos inquéritos administrativos aplicados a liquidação extrajudicial, a falência ou a insolvência civil da operadora, situações nas quais a ANS procederá inquérito a fim de apurar as causas que levaram a operadora àquela situação e a responsabilidade de seus administradores e membros do Conselho Fiscal.
277 7/11/2011	Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	Cria o Programa de Acreditação de operadoras de planos privados de assistência à saúde, com o objetivo de incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde suplementar.
278 18/11/2011	Institui o programa de conformidade regulatória e altera a Resolução Normativa Nº 159, de 3 de julho de 2007, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, e a Resolução Normativa Nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar.	Programa de conformidade regulatória é destinado a promover a responsabilidade regulatória e incentivar o aprimoramento da gestão das operadoras. As operadoras que cumprem as exigências da ANS e que aderirem ao programa tem possibilidade de parcelar a vinculação e custódia; os ativos garantidores da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar; e movimentar livremente os ativos garantidores dos segmentos de aplicação de renda fixa e de renda variável vinculados das provisões técnicas.



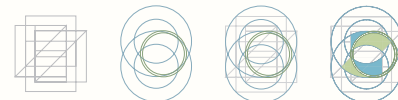
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
279 25/11/2011	Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999.	Regulamenta o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para planos privados de saúde.
280 7/12/2011	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.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
281 21/12/2011	Altera os Anexos I e II e revoga parcialmente o Anexo III, todos da RN nº 262, de 1º de agosto de 2011, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.	Inclui procedimento ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
282 20/12/2011	Altera a Resolução Normativa – RN nº 139, de 24 de novembro de 2006, que dispõe sobre o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar; e dispõe sobre a possibilidade de inclusão de novo indicador na Dimensão de Satisfação de Beneficiários para a avaliação das operadoras a partir do ano base de 2012.	Altera o peso das dimensões do programa de Qualificação operadoras, aumentando o peso da dimensão satisfação do beneficiário.



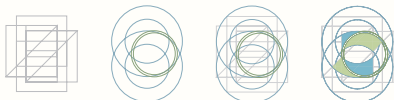
Resoluções Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
283 22/12/2011	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.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
284 23/12/2011	Revoga o inciso I do artigo 1º e o artigo 2º, ambos da Resolução Normativa - RN nº 274, de 20 de outubro de 2011.	Revoga itens da RN que estabelece tratamento diferenciado para pequenas e médias operadoras de planos privados de assistência à saúde; dispõe sobre novas regras regulatórias aplicáveis a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde.
285 26/12/2011	Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.	Obriga todas as operadoras a disponibilizar nos seus portais corporativos na internet informações sobre sua rede assistencial.



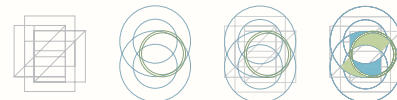
Instruções Normativas publicadas em 2011.

Nº da IN	Data DOU	Ementa
4 / DIOPE e DIPRO	25/02/2011	Altera a Instrução Normativa Conjunta nº 2, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO, de 7 de julho de 2010.
46 / DIDES	28/03/2011	Institui o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; estabelece procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS; e revoga as Instruções Normativas nº 35, de 3 de abril de 2009, e nº 39, de 26 de novembro de 2009; ambas da DIDES.
30 / DIPRO	29/04/2011	Altera a Instrução Normativa nº 19 da DIPRO, de 3 de abril de 2009 que dispõe sobre o detalhamento da Resolução Normativa - RN nº 186, de 2009.
47 / DIDES	06/05/2011	Dispõe sobre o procedimento de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 253, de 5 de maio de 2011.
31 / DIPRO	14/06/2011	Regulamenta o art. 13 da Resolução Normativa - RN nº 256, de 18 de maio de 2011, para dispor sobre a Visita Técnica Assistencial nas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
32 / DIPRO	05/07/2011	Altera a Instrução Normativa - IN n.º 19, de 3 de abril de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.
33 / DIPRO	07/07/2011	Regulamenta a Resolução Normativa - RN Nº 256, de 18 de maio de 2011, para dispor, em especial, sobre o Plano de Recuperação Assistencial e sobre o Programa de Saneamento Assistencial no curso do regime especial de Direção Técnica.



Instruções Normativas publicadas em 2011.(continuação)

Nº da RN	Data DOU	Ementa
47 / DIOPE	22/07/2011	Dispõe sobre os procedimentos de contabilização a serem realizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que fizeram a avaliação dos seus ativos imobilizados e das propriedades para investimento, conforme o ICPC 10.
34 / DIPRO	29/07/2011	Revoga itens do Anexo I da IN nº 25, de 12 de janeiro de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, que Regulamenta o artigo 22 da Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.
35 / DIPRO	22/08/2011	Regulamenta a RN nº 264, de 19 de agosto de 2011, dispondo sobre o acompanhamento dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
36 / DIPRO	22/08/2011	Dispõe sobre os procedimentos para cumprimento da Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre a concessão de bonificação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas voltados para a População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.
5 / DIOPE e DIDES	03/10/2011	Dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS.
48 / DIOPE	21/10/2011	Altera os arts. 1º e 2º e acrescenta o art. 4º-B na Instrução Normativa - IN nº 20, de 20 de outubro de 2008, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, que define a forma de as operadoras de planos de saúde contabilizarem as obrigações legais como definidas pela NPC 22 do IBRACON.

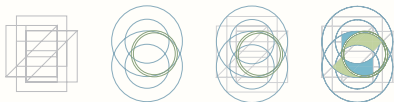


Instruções Normativas publicadas em 2011.(continuação)

Nº da IN	Data DOU	Ementa
37 / DIPRO	07/12/2011	Regulamenta o conceito de Região de Saúde previsto no inciso V do §1º do artigo 1º da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.
11 / DIGES	20/12/2011	Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2011, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da Resolução Normativa – RN nº139, de 24 de novembro de 2006.

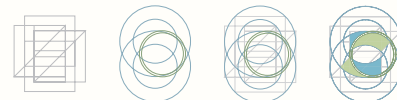
Súmulas Normativas publicadas em 2011.

Nº da Súmula	Data DOU	Texto Explicativo
14 / Diretoria Colegiada	18/02/2011	A data base de reajuste de um contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo pode ser alterada pela vontade dos contratantes, desde que referida modificação não viole a regra da periodicidade anual do reajuste, ou seja, desde que, por força dessa mudança, um reajuste não venha a ser aplicado antes de doze meses contados da data em que o reajuste anterior foi ou podia ter sido aplicado.



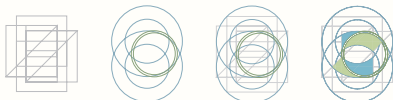
Súmulas Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da IN	Data DOU	Ementa
15 / Diretoria Colegiada	12/04/2011	1 - Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, nos termos do disposto no art. 14 da RN nº 211, de 2010, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde, de 1999.2 - Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a realização dos exames médicos admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.
16 / Diretoria Colegiada	13/04/2011	É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde adotar e/ou utilizar mecanismos de regulação baseados meramente em parâmetros estatísticos de produtividade os quais impliquem inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços de saúde, sob pena de incorrerem em infração ao artigo 42 da Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006.
17 / Diretoria Colegiada	14/04/2011	1- Desde que comprovados, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, os vínculos exigidos nos artigos 5º e 9º, bem como o lapso temporal previsto no artigo 10, todos da RN nº 195, de 2009, as associações comerciais, industriais e entidades similares podem se reunir para contratar planos privados de assistência à saúde coletivos, tudo na forma do inciso I do art. 23 da RN nº 195, de 2009.



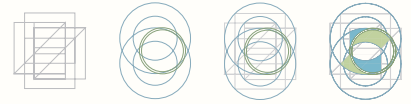
Súmulas Normativas publicadas em 2011. (continuação)

Nº da Súmula	Data DOU	Texto Explicativo
18 / Diretoria Colegiada	22/07/2011	1- Na contabilização no Plano de Contas Padrão da ANS, em relação ao Ativo Imobilizado e à Propriedade para Investimento, não é permitida a opção pelo custo atribuído (deemed cost) na aplicação inicial, contida no ICPC 10. 2- É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde modificar o custo de aquisição do seu Ativo Imobilizado bem como das Propriedades para Investimento. 3 - Também é vedado o reconhecimento dos efeitos decorrentes da opção pelo custo atribuído (deemed cost) promovidos por sociedades coligadas ou controladas das operadoras de planos privados de assistência à saúde, cujos investimentos estejam sujeitos à avaliação pelo método de equivalência patrimonial.
19 / Diretoria Colegiada	29/07/2011	1 - A comercialização de planos privados de assistência à saúde por parte das operadoras, tanto na venda direta, quanto na mediada por terceiros, não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso ou ingresso de beneficiários em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência, inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a estes consumidores; 2 - Os locais de comercialização ou venda de planos privados de assistência à saúde por terceiros devem estar aptos a atender a todos os potenciais consumidores (ou beneficiários) que desejem aderir, sem qualquer tipo de restrição em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência; e 3 - A prática de ato em desacordo ao presente entendimento vinculativo caracteriza infração ao disposto no art. 62 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006.
20 / Diretoria Colegiada	11/08/2011	No relacionamento entre cooperativas e cooperados, se os critérios de reajuste, contendo forma e periodicidade, estiverem estabelecidos de maneira clara e precisa na Assembléia Geral Ordinária de que trata o art. 44 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, ter-se-á por atendido o disposto na alínea “c” do inciso VII do parágrafo único do art. 2º da Resolução Normativa nº 71, de 17 de março de 2004.



Súmulas Normativas publicadas em 2011. (continuação)

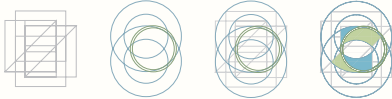
Nº da Súmula	Data DOU	Texto Explicativo
21 / Diretoria Colegiada	15/08/2011	<p>1- Na celebração de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou no ingresso em plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ou por adesão, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência, vedada pelo inciso I do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.2- Nessa hipótese, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário e que este não tenha direito à aplicação das regras da portabilidade, adaptação ou migração previstas nas Resoluções Normativas de nºs 186, de 2009, e 254, de 2011, respectivamente.</p>



4.3 - NORMAS PUBLICADAS EM 2012

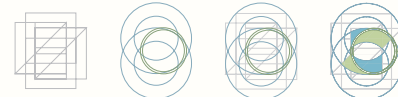
Resoluções Normativas publicadas em 2012.

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
286 13/02/2012	Altera a Resolução Normativa - RN nº 42, de 4 de julho de 2003, que estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares.	Aperfeiçoa os requisitos para obrigatórios para a celebração de contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.
287 22/02/2012	Altera a Resolução Normativa - RN nº 279, de 24 de novembro de 2011.	Estabelece a vigência RN nº 279, de 2011, sobre aposentados e demitidos para 1º de junho de 2012.
288 24/02/2012	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.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
289 28/02/2012	Acrescenta o artigo 7º-D à Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde.	Beneficiários que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 dias a contar do término do vínculo de dependência.



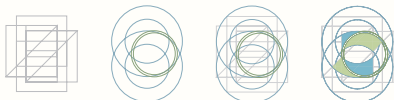
Resoluções Normativas publicadas em 2012. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
290 28/02/2012	<p>Dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde; altera o artigo 4º e o inciso I do artigo 5º, todos da Instrução Normativa Conjunta nº2, de 7 de julho de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 26, de 1º de abril de 2003; a RN nº 126, de 11 de maio de 2006; a RN nº 143, de 2 de janeiro de 2007; o § 1º do artigo 1º da RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009; a RN nº 247, de 25 de fevereiro de 2011; a Instrução Normativa - IN/DIOPE no- 1, de 30 de agosto de 2002; a IN/DIOPE nº-19, de 2 de setembro de 2008; a IN/DIOPE no- 21, de 19 de novembro de 2008; a IN/DIOPE nº 26, de 30 de março de 2009; a IN/DIOPE nº 29, de 19 de junho de 2009; a IN/DIOPE nº 32, de 11 de setembro de 2009; a IN/DIOPE nº 37, de 22 de dezembro de 2009; a IN/DIOPE nº 41, de 30 de março de 2010; a IN/DIOPE nº 42, de 7 de junho de 2010; a IN/DIOPE nº 43, de 5 de julho de 2010 e a IN/DIOPE nº 46, de 25 de fevereiro de 2011.</p>	<p>A RN simplifica o plano de contas padrão (composto por dados econômico-financeiros da operadora) que as operadoras devem enviar para a ANS.</p>



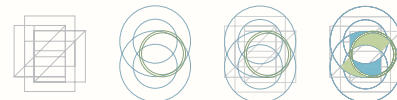
Resoluções Normativas publicadas em 2012. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
291 21/03/2012	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 junho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS
292 09/04/2012	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS, a RN nº 223, de 28 de julho de 2010, que dispõe sobre o programa de fiscalização pró-ativa, e a RN nº 226, de 5 de agosto de 2010, que institui o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar - NIP.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
293 12/04/2012	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.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.



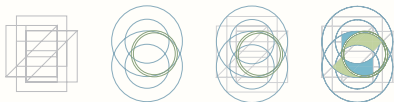
Resoluções Normativas publicadas em 2012. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
294 04/05/2012	Altera a Resolução Normativa - RN nº 278, de 17 de Novembro de 2011, que dispõe, em especial, sobre o Programa de Conformidade Regulatória.	Acrescenta requisitos para a adesão ao programa de Conformidade Regulatória.
295 10/05/2012	Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 250, de 25 de março de 2011; e dá outras providências.	Atualiza as regras para envio pelas operadoras para a ANS dos dados cadastrais de beneficiários.
296 14/05/2012	Acrescenta dispositivo à Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde.	Estabelece a possibilidade de exercício extraordinário da portabilidade em casos interesse público.



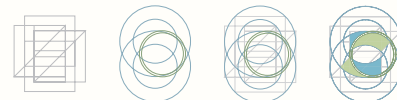
Resoluções Normativas publicadas em 2012. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
297 24/05/2012	Altera o Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a Concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde; e a Resolução Normativa - RN nº 279, de 24 de novembro de 2011, que dispõe sobre a Regulamentação dos Artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.	Altera regras relativas à concessão de autorização de funcionamento das operadoras e à manutenção do plano de saúde por aposentados e demitidos.
298 14/06/2012	Dispõe sobre mecanismos de transparência ativa e passiva no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, institui o Serviço de Informação ao Cidadão - SIC da ANS, classifica em graus de sigilo informações em poder da ANS e dispõe sobre o seu tratamento; e dá outras providências.	Cria regras para a implementação na ANS da Lei de Acesso à Informação.
299 18/07/2012	Altera a Resolução Normativa - RN nº 270, de 10 de outubro de 2011, que dispõe, em especial, sobre o procedimento e os requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação fusão ou cisão.	Acrescenta outros requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação fusão ou cisão.



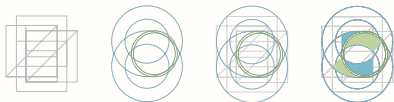
Resoluções Normativas publicadas em 2012. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
300 20/07/2012	Dispõe sobre a designação do Diretor Fiscal ou Técnico e do Liquidante; sobre as despesas com a execução dos regimes de direção fiscal ou técnica e de liquidação extrajudicial; e revoga a RN nº 109, de 24 de agosto de 2005, que dispõe, em especial, sobre a remuneração de profissionais designados para exercer o encargo de Diretor Fiscal, de Diretor Técnico e de Liquidante	Trata de aspectos operacionais relativos execução dos regimes de direção fiscal ou técnica e de liquidação extrajudicial das operadoras.
301 08/08/2012	Altera a Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, que dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da ANS, a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências, a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, e a RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que dispõe sobre o Regimento Interno da ANS e dá outras providências.	Altera regras sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções e sobre aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.



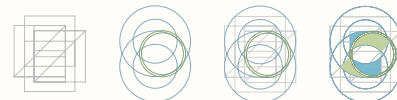
Resoluções Normativas publicadas em 2012. (continuação)

Nº da RN e Data no DOU	Ementa	Assunto
302 09/08/2012	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.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
303 03/09/2012	Acrescenta parágrafos ao art. 26 da Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS.	Aperfeiçoa as regras sobre o envio de dados cadastrais de beneficiários, pelas operadoras para a ANS.
304 20/09/2012	Dispõe sobre o encaminhamento da Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP para planos coletivos empresariais e altera a Resolução da Diretoria Colegiada -RDC nº 28, de 26 de junho de 2000.	Amplia a obrigatoriedade de envio da NTRP (base para o cálculo dos reajustes) para planos coletivos empresariais.



Instruções Normativas publicadas em 2012. (continuação)

Nº da IN	Data DOU	Ementa
305 10/10/2012	Estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009.	Amplia o padrão para a troca de informações no setor de planos privados de saúde.
306 11/10/2012	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 e julho de 2009.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
307 24/10/2012	Dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata a alínea "e" do inciso XLI do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; revoga a RN nº 199, de 07 de agosto de 2009; e dá outras providências.	Estabelece o conjunto de medidas e ações que visam, em espaço de tempo determinado, corrigir, de forma gradual, anormalidades econômico-financeiras detectadas no funcionamento de operadora de planos privados de assistência à saúde.
308 24/10/2012	Altera a Resolução Normativa nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro demonstrativo de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.	Dispõe sobre mudanças na estrutura e nas atribuições das áreas da Agência, e no quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.



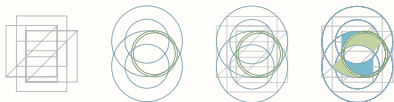
Instruções Normativas publicadas em 2012. (continuação)

Nº da IN	Data DOU	Ementa
309 25/10/2012	Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.	Estabelece as regras de reajuste para os contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários. Determina que as operadoras agrupem estes contratos e calculem um reajuste único. A medida possibilitará diluir o risco dos contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste.
310 25/10/2012	Dispõe sobre os princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde.	Estabelece princípios para a oferta de medicação de uso domiciliar para beneficiários de planos de saúde portadores de patologias crônicas.

Nota: Resoluções Normativas publicadas até 31/10/2012.

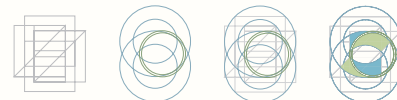
Instruções Normativas publicadas em 2012.

Nº da IN	Data DOU	Ementa
48 / DIDES	13/02/2012	Dispõe sobre o regimento interno do Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar – COGEP
49 / DIDES	18/05/2012	Regulamenta o critério de reajuste, conforme disposto na alínea “c” do inciso VII do parágrafo único do artigo 2º das Resoluções Normativas - RN’S nº 42, de 4 de julho de 2003, nº 54, de 28 de novembro de 2003 e nº 71, de 17 de março de 2004.
38 / DIPRO	25/05/2012	Regulamenta o artigo 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, para dispor sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde.



Súmulas Normativas publicadas em 2012. (continuação)

Nº da Súmula	Data DOU	Texto Explicativo
39 / DIPRO	01/06/2012	Altera a Instrução Normativa - IN DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, que dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004.
12 / DIGES	12/06/2012	Dispõe sobre a pesquisa de satisfação dos beneficiários com as operadoras de planos privados de assistência à saúde, referente ao ano de 2012, base do novo indicador incluído na Dimensão Satisfação dos Beneficiários do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Qualificação das Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme disposto no art.3º, caput e §§ 1º e 2º, da Resolução Normativa - RN nº 282, de 20 de dezembro de 2011.
49 / DIOPE	19/07/2012	Regulamenta a Resolução Normativa - RN nº 270, de 10 de outubro de 2011, que dispõe, em especial, sobre o procedimento e os requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão.
40 / DIPRO	27/08/2012	Dispõe sobre os procedimentos de atualização do cadastro dos temas do instrumento jurídico dos produtos com tipo de contratação coletivo empresarial, para atender ao disposto no artigo 27 da Resolução Normativa - RN nº 279, de 24 de novembro de 2011, que dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

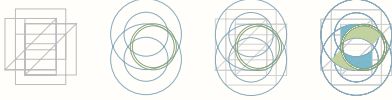


50 / DIDES	26/09/2012	Dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; estabelece procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS; e revoga a Instrução Normativa nº 46, de 25 de março de 2011, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES.
51 / DIDES	10/10/2012	Regulamenta a RN nº 305, de 09 de outubro de 2012, e institui o Sistema de Gestão do Padrão TISS.

Nota: Instruções Normativas publicadas até 25/10/2012.

Súmulas Normativas publicadas em 2012.

Nº da Súmula	Data DOU	Texto Explicativo
22 / Diretoria Colegiada	24/01/2012	Em caráter excepcional e somente para os beneficiários dos planos regulamentados com cobertura hospitalar em que foram implantadas próteses das marcas PIP e Rofil e de acordo com as diretrizes divulgadas no sítio do Ministério da Saúde em 20 de janeiro de 2012 (em anexo) e firmadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Sociedade Brasileira de Mastologia, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão arcar com o ônus do acompanhamento clínico, dos exames complementares e do procedimento médico de substituição, sendo obrigatória a cobertura da prótese substituída.
23 / Diretoria Colegiada	28/02/2012	Os artigos 17 e 18 da Lei nº- 9.656, de 3 de junho de 1998, por conterem normas de organização e funcionamento da prestação dos serviços assistenciais à saúde e exigir de seus destinatários a observância de determinadas regras de comportamento para a adequada preservação dos contratos de planos privados de assistência à saúde, apresentando características típicas das normas jurídicas integrantes de um regime jurídico ou regime legal, aplicam-se às situações jurídicas definitivamente constituídas antes de sua vigência sem afrontar a garantia prevista no artigo 5º, XXXVI, da Constituição Federal.



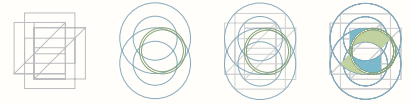
24 / Diretoria Colegiada	24/07/2012	1- Em planos coletivos, o mês de aniversário do contrato, para efeito do exercício da portabilidade, de acordo com o disposto no § 2º do art. 3º da Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, coincide com a data de celebração do instrumento contratual entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de planos privados de assistência à saúde, salvo na hipótese em que houver a figura da administradora de benefícios como estipulante, cujo entendimento será regido pelo item 2 desta Súmula Normativa; 2- Nos contratos coletivos em que a administradora de benefícios figurar como estipulante do instrumento firmado com a operadora de planos privados de assistência à saúde, na forma do disposto no inciso III do art. 23 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009, o mês de aniversário para exercício da portabilidade coincide com a data da celebração do contrato coletivo entre a operadora de planos privados de assistência à saúde, administradora de benefícios e a vinculação da primeira pessoa jurídica contratante; e, 3- O mês de aniversário do contrato para fins de portabilidade dos beneficiários das demais pessoas jurídicas contratantes é aquele descrito no item 2 desta Súmula, ainda que a primeira pessoa jurídica contratante se desvincule da referida relação.
25 / Diretoria Colegiada	14/09/2012	Adota entendimentos vinculativos relativos a: cobertura assistencial do parto; cobertura de atendimento de urgência relacionada ao parto; inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, ou sob guarda ou tutela; inscrição do menor adotado, sob guarda ou tutela, ou cuja paternidade foi reconhecida, e do aproveitamento de carência; prazos de carência e cobertura assistencial do recém-nascido.

Nota: Súmulas Normativas publicadas até 31/10/2012.

5 - GESTÃO INSTITUCIONAL

Este último capítulo sintetiza algumas ações de gestão interna da Agência. As demais ações relativas à estrutura, à logística e aos recursos humanos são tradicionalmente temas do Relatório do Gestor, concluído em dezembro de cada ano, apresentado ao Tribunal de Contas da União (TCU) e, após aprovação, publicado no portal da ANS.

No âmbito da gestão interna da ANS, no período de 2010 a outubro de 2012, dentre os avanços realizados, destacaram-se as seguintes iniciativas:



•Transparência.

Participação da Auditoria Interna, da Ouvidoria e de servidores nas reuniões da Diretoria Colegiada; encontros periódicos dos servidores com o Diretor-Presidente; divulgação das pautas das reuniões da diretoria colegiada na intranet; e transmissão das reuniões da Diretoria Colegiada, inicialmente em local específico, e posteriormente pela intranet e pela internet.

•Análise de Impacto Regulatório (AIR).

A AIR é uma ferramenta de política pública e regulatória que vem sendo utilizada já há vários anos em muitos países da OCDE, e atualmente em alguns países emergentes e em vias de desenvolvimento, com a finalidade de melhorar as propostas regulatórias das instituições que tenham poder regulatório. É uma ferramenta para melhorar a qualidade de propostas em função de informação, dados e análises, que permitam dar a quem toma as decisões, maior precisão sobre os possíveis efeitos da ação regulatória. Permite que os técnicos preparem suas propostas com maiores elementos de análise e que aqueles que tomam as decisões contem com esta informação prévia para avaliar melhor qual opção a mais adequada em termos de custos, benefícios, impactos e redução de riscos.

Em 2011, ações importantes para a implantação de projetos piloto de AIR na ANS foram realizadas. O compromisso assumido pela direção da Agência com a Casa Civil da Presidência da República em 2010 foi executado, resultante de um grande esforço institucional. No processo de implementação, após as etapas iniciais, foram escolhidos para os projetos pilotos de aplicação da AIR temas com potencial de grande impacto no setor, contidos na Agenda Regulatória. Assim, a AIR subsidiou as discussões sobre Programas de Envelhecimento Ativo ao longo do curso da vida, Assistência Farmacêutica e Registro Eletrônico em Saúde. O processo de implementação da AIR continua com sua aplicação em discussões importantes para a regulação.

•Ações de infraestrutura.

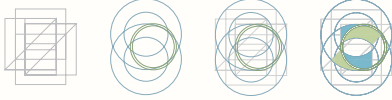
I) Conclusão das obras da Loja B, mezanino e 2º andar, para a instalação dos seguintes setores: andar térreo, loja B – Núcleo ANS/RJ e Protocolo Central/ANS (aproximadamente 50 pessoas, entre servidores e colaboradores); e 2º andar – Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS (aproximadamente 120 pessoas, entre servidores e colaboradores).

II) Aquisição de mobiliário novo por pregão, via Registro de Preço, para atendimento das novas instalações da GGSUS, dos núcleos do Ceará, do Pará e da Bahia, também da DIPRO, da DIFIS e da COADC (Coordenadoria de Apoio à Diretoria Colegiada – COADC –, parte da GGISS/DIDES).

III) Reforma e mudança de instalações do Núcleo do Pará e finalização dos projetos arquitetônicos para a reforma dos núcleos do Paraná e do Ceará.

IV) Elaboração e registro em cartório da Convenção do Condomínio do Edifício-Sede, possibilitando a assunção da administração predial pela ANS, com vista a priorizar a reforma e a modernização dos elevadores, do sistema hidráulico e elétrico do edifício, entre outros.

V) Realização de estudo para a readequação e o aumento da capacidade de fornecimento de



energia elétrica para as instalações do IHGB (Instituto Histórico Geográfico Brasileiro), visando à instalação de novo sistema de refrigeração na Procuradoria Federal junto à ANS (PROGE (PROGE), no Patrimônio e no Almojarifado.

• **Ações na área financeira.**

I) Proposta de alteração da RN n.º 4, de 2002, para aperfeiçoamento do pedido de parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Resolução Normativa nº 248, de 2011).

II) Extinção de todo o passivo da TAO (Taxa de Alteração de Dados da Operadora).

III) Execução orçamentária de 95%, no período.

IV) Atualização dos lançamentos contábeis relativos à Dívida Ativa da ANS no SIAFI.

V) Notificação de cobrança de operadoras para devolução de recursos adiantados para custeio de regimes especiais encerrados.

• **Iniciativas na área de recursos humanos.**

I) Treinamento sobre a avaliação de desempenho, para todos os servidores e gestores da ANS, na sede e nos núcleos (Bahia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Ribeirão Preto, Rio Grande do Sul e São Paulo).

II) Desenvolvimento e utilização de um novo sistema informatizado, para a avaliação de desempenho individual, e elaboração do plano de trabalho dos servidores.

III) Revisão do normativo interno de progressão e promoção na carreira.

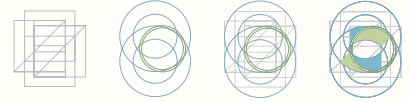
IV) Instauração de consulta interna quanto ao normativo de remoção e de movimentação dos servidores.

V) Criação da Comissão de Acompanhamento do Clima Organizacional para a gestão do clima organizacional; contratação de consultoria externa para a realização de pesquisa; e elaboração de plano de implementação de ações, a ser aprovado pela Diretoria Colegiada.

VI) Atualização do Mapeamento de Competências da ANS – 3ª edição.

VII) Desenvolvimento do projeto do Banco de Talentos.

VIII) Inclusão na Intrans: de notícias atualizadas sobre a área de recursos humanos; de informações sobre a movimentação de pessoal na ANS (exonerações, nomeações, substituições, licenças, entre outras); da lista dos programas da GERH e respectivos contatos; da Política de Recursos Humanos; e do Manual de Normas e Procedimentos Administrativos.



IX) Criação do Grupo de Trabalho de Saúde e Qualidade de Vida, para propor e implementar ações voltadas à saúde do trabalhador e à qualidade de vida dos servidores e dos colaboradores da ANS.

X) Assinatura de convênios do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) nos estados da Bahia, do Ceará, de Minas Gerais e de Pernambuco, para executar ações e atividades de prevenção de doenças, de acompanhamento da saúde dos servidores e de realização de perícia médica oficial.

XI) Inauguração do bicicletário nas dependências da ANS.

XII) Implantação de rotina de monitoramento da temperatura ambiente nos prédios da ANS, duas vezes por dia.

XIII) Avaliação ergonômica dos servidores em todas as estações de trabalho, para fins de correção postural.

XIV) Realização de várias campanhas de promoção da saúde e de prevenção de doenças, na sede e nos núcleos da ANS: vacinação contra a gripe, distribuição de preservativos, medição da pressão arterial, medição do colesterol, medição da glicose, doação de sangue e doação de medula óssea.

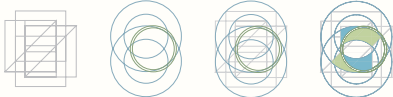
XV) Realização de enquête sobre qualidade de vida, para conhecer e dimensionar os principais interesses dos trabalhadores da ANS sobre o tema.

• Conquistas no planejamento.

I) Oficina de planejamento estratégico, junto com a Diretoria Colegiada, em março, como preparação para a revisão do Plano Plurianual (PPA). Definidos os principais problemas do setor e a visão da ANS para os próximos quatro anos, além da discussão dos pilares da regulação e das iniciativas estratégicas.

II) Elaboração do Plano Nacional de Saúde (PPA/PNS) de 2012-15 e do PE/MS de 2011-15. Realizada análise situacional referente ao PNS e às iniciativas vinculadas ao objetivo estratégico do Ministério da Saúde, quais sejam: aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação entre o público e o privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde, bem como proceder a sua caracterização e a de suas metas (PPA), estratégias e resultados previstos até 2022 (PE/MS). As iniciativas estão relacionadas às ações orçamentárias.

III) Selecionados os produtos a serem monitorados em 2011, pelo Colegiado de Dirigentes do MS. Com relação à iniciativa de regulação e fiscalização para a geração de saúde em modelos sustentáveis de planos de saúde, os seguintes produtos foram encaminhados: a) criados os indicadores sobre atenção ao idoso, na dimensão de Atenção à Saúde, do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar; b) publicada RN acerca da participação em programas de promoção do envelhecimento ativo ao



longo do curso de vida e de participação em programas de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças; c) publicada RN referente aos parâmetros temporais máximos estabelecidos para o acesso dos beneficiários aos procedimentos e serviços contratados; d) publicada RN acerca do estímulo à conformidade regulatória; e e) avaliados modelos que estimulam a realização do parto normal. Relacionados à iniciativa de garantia de acesso à informação, figuram os seguintes produtos para monitoramento: a) definidos os critérios para a realização de Pesquisa de Satisfação por operadora, para apoio ao Programa de Qualificação de Operadoras; b) testadas as metodologias para a identificação unívoca do beneficiário para a saúde suplementar; e c) aprimorado o ressarcimento ao SUS, com o início do desenvolvimento do processo eletrônico.

IV) Realizadas reuniões com o GT de Planejamento e Orçamento para levantamento e consolidação das demandas das áreas, mediante formulário com quantitativos especificados de acordo com as metodologias propostas pelas áreas diretamente responsáveis pelas despesas selecionadas. Efetuadas as estimativas de custos por elementos de despesas selecionadas, para a apresentação da proposta orçamentária por projeto/área, até o final de junho. Estruturado o processo de consolidação e de melhoria da elaboração da proposta orçamentária, e criação de indicador no Programa de Qualificação Institucional. Definidos os mecanismos de acompanhamento da execução orçamentária para 2012.

V) Apoio à implementação da Análise de Impacto Regulatório (AIR) na ANS, por meio do acompanhamento dos seguintes projetos pilotos: Envelhecimento Ativo, Assistência Farmacêutica, Novo Regime de Solvência e Registro Eletrônico em Saúde. Implementado o Sumário Executivo de AIR, e recomendado o seu uso pela Diretoria Colegiada. Discutidos os mecanismos de consulta pública e de pré-consultas, bem como o tratamento da informação relacionada.

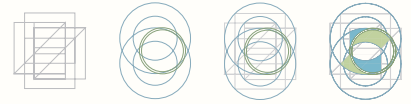
VI) Monitoramento e avaliação dos indicadores do CG 2011 - Contrato de Gestão, com base trimestral. Alteração da portaria conjunta relativa à Sistemática de Acompanhamento e Avaliação do Desempenho da ANS, incrementando o rigor, com pontos de corte mais elevados.

VII) Apoio à formulação do CG 2012, junto ao Núcleo de Integração Estratégica e à Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão, com revisão do mapa estratégico, das linhas de ação e dos indicadores.

VIII) Firmada articulação com a DIGES, em relação à formulação de indicadores do programa de Qualificação Institucional, bem como à proposição de modelagem dos processos de trabalho das áreas.

IX) Acompanhamento dos planos de trabalho das áreas e preparação para a construção de painel de controle da ANS, a partir de seu alinhamento estratégico.

X) Elaboração da nova Carta de Serviços da ANS – 2012.



• Gestão eletrônica da Agência (e-ANS)

Entre os projetos estratégicos da ANS para a área de Tecnologia da Informação, previstos no Plano Diretor de Informação e Informática (PDTI) da ANS 2012-2015, destaca-se um grupo de ações que visa atender à demanda da Diretoria Colegiada da ANS de elaboração de um projeto estratégico cujo objetivo geral é tornar a ANS uma agência reguladora eletrônica. Esse projeto é denominado e-ANS.

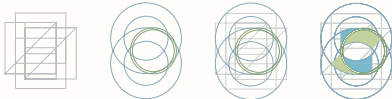
Para a Direção da Agência, é preciso minimizar o fluxo de papel e maximizar o trânsito de informações em formato eletrônico, propiciando, assim, maior agilidade nos processos de papel, e otimizar as respostas para o setor regulado e a sociedade. Nessa linha, os objetivos específicos do e-ANS são: a) proporcionar maior integração dos processos de trabalho e bases de dados entre todas as diretorias e núcleos; b) permitir mais transparência das informações de planos de saúde, das operadoras para os consumidores, reduzindo a assimetria de informações; c) ampliar o grau de padronização de informações; d) aumentar a confiabilidade das informações e a orientação à produção e à difusão das informações; e) possibilitar o acesso fácil e seguro à informação; e f) disponibilizar mecanismos de apoio à decisão.

Entre os benefícios esperados estão:

I) Para a ANS: redução da burocracia e do uso de papel; redução do espaço físico ocupado para armazenamento de documentos em papel; diminuição do tempo de recuperação das informações; otimização da organização e da integração entre os diversos sistemas e processos de trabalho; diminuição de retrabalho e da redundância de informações, por meio da entrada única de informações no sistema, com a reutilização por outros sistemas e áreas da agência; redução da possibilidade de erros e visões diferentes de um mesmo processo em tramitação; maior confiabilidade e segurança para uso dos dados; e integração entre a sede da ANS e os núcleos.

II) Para o setor regulado: comunicação mais efetiva entre o mercado regulado e a ANS; recepção e processamento das informações das operadoras na ANS de forma mais eficiente; desburocratização do relacionamento entre as operadoras e a ANS, agilizando e dando maior segurança e transparência na tramitação dos dados; diminuição de possibilidade de erros na tramitação de informações entre o mercado regulado e a ANS; maior transparência da situação econômico-financeira das operadoras; maior qualidade dos prestadores de serviço; maior agilidade na “entrada” e na “saída” do setor; e maior segurança para consumidores, operadoras e prestadores de serviços.

III) Para a sociedade: ação reguladora mais eficiente; relação com a sociedade mais transparente e efetiva; respostas às necessidades de informação do consumidor por meio de consulta on-line à rede credenciada, por operadora, por plano e por prestador de serviço; consulta ao tempo médio de espera para agendamento de procedimentos, por operadora, por plano e por prestador de serviço; consulta aos indicadores de qualidade dos prestadores de serviços; consulta ao histórico de vinculação a planos de saúde; apoio à decisão dos consumidores (pessoas físicas e jurídicas) para adesão ou mudança de planos; acompanhamento dos processos e encaminhamento das demandas; aumento da capacidade de negociação dos consumidores; respostas às necessidades



de informação de gestores de saúde públicos e privados; provimento de informações sobre atendimentos em saúde suplementar; e disseminação de informações econômico-financeiras, de rede assistencial e de beneficiários.

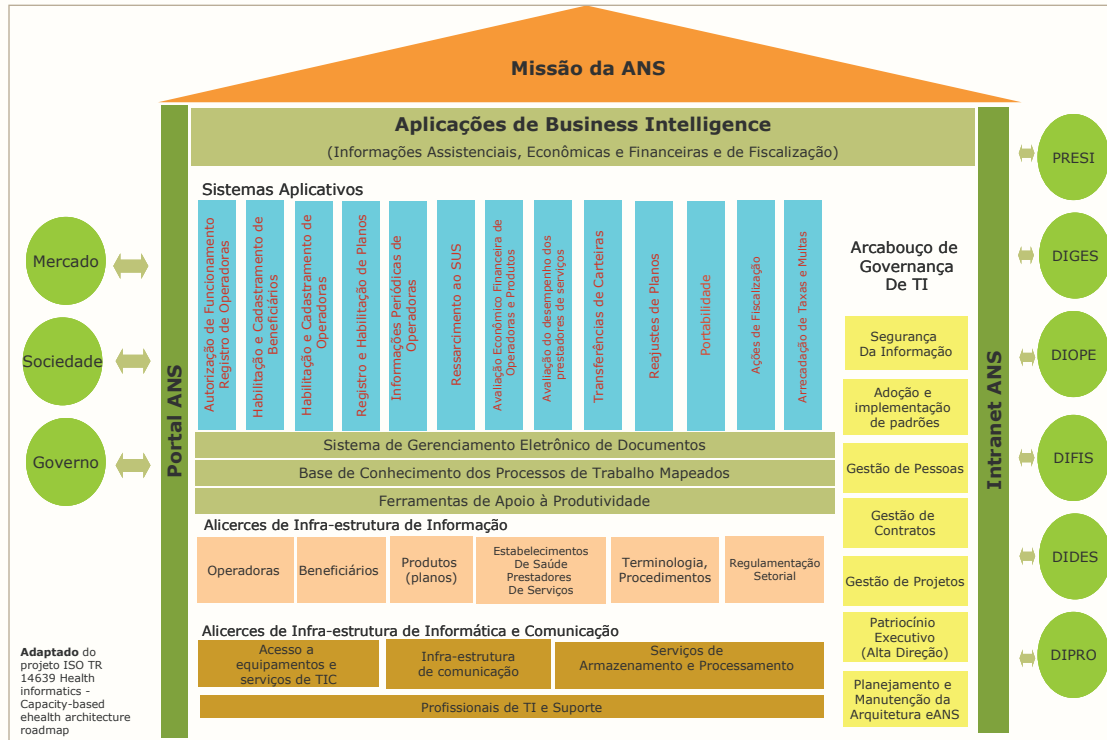
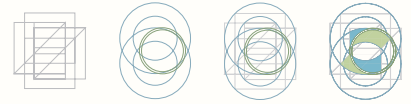
A referência teórica para o e-ANS é a proposta da norma ISO TR 14639 *Health informatics - Capacity-based ehealth architecture roadmap*, que está em fase final de aprovação, pelos países integrantes do *Comitê Internacional ISO TC 215 Health Informatics*. Seu objetivo é fornecer um guia genérico e abrangente para informar a arquitetura dos sistemas de informação em saúde, visando auxiliar os países que estão em estágios iniciais ou que têm a intenção de implementar a arquitetura.

A existência dessa referência serve de apoio para a análise de investimentos de organizações financiadoras internacionais e possibilita a avaliação do grau de maturidade em relação à arquitetura ideal. A arquitetura de TI proposta nesse projeto é composta por blocos e componentes que estão presentes na instituição, de acordo com seu grau de maturidade.

Os elementos da arquitetura aplicados ao e-ANS são apresentados a seguir: Alicerces de Infraestrutura de Informática e Comunicação (Bloco A); Alicerces de Infraestrutura de Informação (Bloco B); Base de Conhecimento dos Processos de Trabalho Mapeados e Sistema de Gerenciamento Eletrônico de Documentos (Bloco C); Sistemas Aplicativos (Bloco D); Arcabouço de Governança de TI (Bloco E); Portal ANS Internet (Bloco F); Portal ANS Intranet (Bloco G); e Aplicações de Business Intelligence (Bloco H). O e-ANS já está em desenvolvimento.

Até o momento, foi definido o Plano Estratégico de Aprimoramento da Estrutura de TI da ANS, bem como a forma de desenvolvimento de arquitetura de sistemas de informações, com o objetivo de aprimorar os processos de trabalho da Agência e dotá-la de agilidade e eficiência. Até o fim de 2012, deverão ser definidos os instrumentos de acompanhamento da execução do plano.

Foi concluído o Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI), que contempla um diagnóstico da área de tecnologia da informação da Agência e as principais ações para o período 2012-2015, estando, entre elas, o conjunto de ações do Plano Estratégico e-ANS. Até o fim de 2012, deverão ser definidos os instrumentos de acompanhamento da execução do plano.



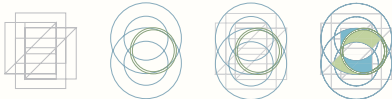
• Implementação da nova intranet da Agência - Intrans.

A nova intranet da ANS foi implementada em julho de 2012. A mudança na rede interna foi profunda e inovadora. A intranet está funcionando em software livre e traz a proposta de interação entre os servidores e as áreas da Agência nos moldes de uma rede social. Assim, a reestruturação da intranet tornou-a um instrumento social, com uma arquitetura baseada em serviços, comunidades e perfis. Os serviços integram os sistemas, melhorando a produtividade; as comunidades inovam o acesso às informações, por intermédio das mídias sociais; e os perfis estimulam o relacionamento, numa comunicação multidirecional e menos hierárquica.

Com essa perspectiva em foco, espera-se que a intranet social distribua o conhecimento em rede, com uma proposta de valor embasada na produtividade, na inovação e no relacionamento. A mudança de estágio, daquele em que havia basicamente um serviço de notícias e acesso a documentos, para um novo estágio, no qual há serviços, comunidades e perfis, vai estimular a maturidade institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar, tornando-a menos verticalizada.

Além disso, há o efeito educativo, que contribui para o aprendizado organizacional, acelerando a implantação do “Governo 2.0” internamente na Agência, ação que abrange as seguintes dimensões: geração de conhecimento do setor (governança), intensificação do relacionamento com o público interno (comunicação), integração e qualificação das informações (informação e tecnologia), bem como gestão estratégica de pessoas (cultura e pessoas) do Mapa Estratégico da ANS.

Inicialmente, a intranet social deve impactar a mudança de cultura em atividades mais simples,



como a criação de comunidades que reproduzam a estrutura dos grupos de trabalho da Instituição, a marcação de compromissos na agenda e o envio de mensagem para um colega.

A médio prazo, pretende-se reduzir a quantidade de reuniões presenciais na Agência, porque a editoração das minutas, das notas técnicas e das resoluções normativas serão feitas de forma não presencial, porém colaborativa.

A nova intranet também vai facilitar o acesso à informação, substituindo a cultura do sigilo pela cultura do acesso (Lei nº 12.527, de 2011). Ao invés de informações retidas, os fluxos informativos em redes agilizarão a tomada de decisões e, conseqüentemente, deverão melhorar a gestão das políticas regulatórias, com a produção do conhecimento informal-tácito.

A mudança foi precedida por uma pesquisa realizada na Intrans, e por reuniões com setores de maior presença na intranet, para, assim, colher os principais problemas e as propostas de soluções e de funcionalidades. Depois de entrar em produção, vários cursos para servidores e gerentes foram ministrados, para demonstrar todas as funcionalidades e ferramentas da intranet.

•Participação dos servidores na construção da Agenda Regulatória 2013-2014.

Na primeira Agenda Regulatória da ANS, a do biênio 2011-2012, houve discussão e participação dos servidores depois da formulação dos eixos e da aprovação na Câmara de Saúde Suplementar. A próxima Agenda Regulatória da ANS para 2013-2014 está sendo construída de forma inédita. Depois da definição preliminar das áreas, dos eixos e das ações, a proposta foi aberta para Consulta Interna, em outubro de 2012. Na Consulta Interna, foi possível não somente opinar (concordar e discordar) sobre ações e eixos inicialmente propostos, como também propor novos eixos e ações.

A participação dos servidores na elaboração da Agenda Regulatória 2013/2014 foi por meio da Intrans que, além de ser a ferramenta própria para o envio de sugestões, contou com uma comunidade específica, para que todos pudessem se manifestar em torno da proposta inicial. A utilização da Intrans representou um avanço em comparação com a consulta feita anteriormente aos servidores. Em 2010, as colaborações foram encaminhadas por e-mail. Para essa Agenda, as sugestões puderam ser feitas diretamente em cada projeto, como já ocorre nas consultas internas, ou por meio de formulário, no caso de propostas para a inclusão de novos projetos.

O êxito alcançado pela Agenda 2011/2012 fez com que a Diretoria Colegiada aprimorasse o canal de colaboração dos servidores da ANS, tornando mais dinâmica a participação de todos. A Consulta Interna sobre a Agenda Regulatória 2013/2014 ficou aberta de 3/10/2012 até 5/11/12. Depois de consolidada, será apresentada na Câmara de Saúde Suplementar e colocada em Consulta Pública, para receber sugestões de toda a sociedade.

