

# Relatório da Consulta Pública nº 52 que dispõe sobre a construção da Agenda Regulatória 2013/2014

Gerência de Planejamento e Acompanhamento – GPLAN

Diretoria de Gestão – DIGES

Rio de Janeiro, 19 de março de 2013.

## **I - Introdução**

A Agenda Regulatória é um instrumento de planejamento que agrega o conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor, que serão objeto de atuação da ANS no período de dois anos. Sua definição garante transparência dos atos da instituição e previsibilidade dos mecanismos e normas utilizados na atuação regulatória; possibilitando o acompanhamento pela sociedade dos compromissos pré-estabelecidos e a qualificação da gestão.

O processo de construção da Agenda Regulatória 2013/2014 é resultado do aprendizado institucional com esforços anteriores e envolveu as seguintes etapas:

### I – Revisão da Agenda Regulatória 2011-2012

Foram observados os projetos que teriam continuidade para além do período estabelecido na primeira agenda, sendo estes os primeiros a serem incluídos na proposta da nova agenda.

### II – Consulta Interna – áreas técnicas

Foi realizada uma consulta interna às áreas técnicas da ANS, através de seus diretores e adjuntos, buscando manifestação das mesmas em relação a projetos em andamento ou em vias de desenvolvimento que fossem identificados por sua relevância e urgência, advindas de seu permanente processo de monitoramento e fiscalização da qualidade assistencial e econômica, como elegíveis para integrarem a Agenda 2013/14. Assim, surgiu a pré-proposta da nova Agenda.

### III – Consulta Interna – servidores

Foi realizada consulta interna, aberta a todos os servidores, no período entre 02/10/2012 e 05/11/2012, para inclusão ou alteração de temas, eixos ou projetos, fazendo uso de ferramentas de TI desenvolvidas internamente, já utilizadas nas consultas internas de cunho administrativo realizadas pela Agência. Pequenas adaptações permitiram sua utilização de forma muito proveitosa para a recepção de sugestões dos servidores de qualquer área da ANS através da intranet. Um guia para a participação interna foi produzido e disseminado,

visando auxiliar a participação dos interessados segundo critérios metodológicos básicos de análise de impacto regulatório, permitindo uma participação qualificada e objetiva.

#### IV – Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS)

Foram recebidas contribuições dos membros da CAMSS em paralelo, após a apresentação da pré-proposta em outubro de 2012. As contribuições foram recebidas através de correio eletrônico ou encaminhamento via protocolo, entre os dias 16/10/2012 e 05/11/2012.

#### V – Consulta Pública

A Consulta Pública nº 52 sobre a Agenda Regulatória 2013/2014 esteve disponível no portal da ANS na internet no período de 21/12/2012 a 29/01/2013 para envio de contribuições da sociedade civil. As propostas recebidas foram consolidadas pela equipe técnica e serão pormenorizadas neste relatório.

#### VI – Relatório Final e apresentação da Agenda Regulatória 2013-2014

Após a elaboração do presente relatório, este será encaminhado à Diretoria Colegiada para apreciação, quando serão acatadas ou rejeitadas das contribuições recebidas. Após apreciação, estará conformada a Agenda Regulatória 2013-2014, que será divulgada em reunião da CAMSS e no portal da ANS na internet.

## **II -Agendas Regulatórias - 2011-2012 e 2013-2014**

A elaboração da proposta da Agenda Regulatória 2013-2014 envolveu uma revisão da agenda anterior, identificando melhorias e mudanças em relação os eixos e projetos observados.

Agenda Regulatória 2011-2012 foi definida a partir dos principais desafios que o setor de saúde suplementar enfrentava à época. Os problemas identificados subsidiaram a definição dos nove eixos temáticos, propostos pela Diretoria Colegiada: Modelo de financiamento do setor; Garantia de acesso e qualidade assistencial; Modelo de pagamento a prestadores; Assistência Farmacêutica; Incentivo à concorrência; Garantia de acesso a informação; Contratos antigos; Assistência ao idoso; e Integração da saúde suplementar com o SUS.

A partir da definição dos eixos temáticos, estes foram desdobrados em ações, pactuados com as áreas internas responsáveis. O quadro a seguir apresenta os eixos da Agenda Regulatória 2011-2012 e suas respectivas ações.

EIXOS	AÇÕES (PROJETOS)
MODELO DE FINANCIAMENTO DO SETOR	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.
GARANTIA DE ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL	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.
MODELO DE PAGAMENTO A PRESTADORES	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.
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	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.
INCENTIVO À CONCORRÊNCIA	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.
GARANTIA DE ACESSO A INFORMAÇÃO	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".
CONTRATOS ANTIGOS	Estimular a adaptação/migração dos contratos individuais/coletivos.
ASSISTÊNCIA AO IDOSO	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.
INTEGRAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR COM O SUS	I) Implantar a identificação unívoca do beneficiário para a Saúde Suplementar; e II) Implantar o Registro Eletrônico em Saúde (RES).

Os resultados da Agenda Regulatória 2011-2012 foram considerados satisfatórios pela Diretoria Colegiada, uma vez que das 28 ações propostas, 86% foram concluídas (24 ações) até dezembro de 2012. As 4 ações não concluídas (14%) sofreram alteração de escopo ao longo do período e serão continuadas pela ANS.

A partir da experiência de construção e monitoramento da agenda anterior, foram revisados os problemas enfrentados pelo setor, bem como os eixos para a Agenda Regulatória 2013-2014. Assim, em relação a agenda anterior, composta por nove eixos, a nova agenda ficou com apenas sete eixos, quais sejam: Sustentabilidade do Setor; Garantia de Acesso e qualidade assistencial; Relacionamento entre operadoras e prestadores; Incentivo à concorrência; Garantia de acesso à informação; Integração da Saúde Suplementar com o SUS e Governança regulatória.

Assim, pode-se observar mudanças em relação à Agenda Regulatória 2011-2012 e a Agenda Regulatória 2013-2014. Na nova agenda, foram mantidos quatro eixos da agenda anterior (Garantia de Acesso e qualidade assistencial, Incentivo à concorrência, Garantia de acesso à informação e Integração da Saúde Suplementar com o SUS). Os eixos Modelo de financiamento do setor e Modelo de pagamento a prestadores, da agenda anterior, foram revisados e ampliados, sendo modificados para Sustentabilidade do setor e Relacionamento

entre operadoras e prestadores. Um novo eixo foi incluído na nova agenda, Governança regulatória, com o objetivo de melhorar a qualidade regulatória e aprimorar a gestão institucional, com transparência, controle social e responsabilização.

<b>EIXOS DA AGENDA REGULATÓRIA</b>	
<b>2011-2012</b>	<b>2013-2014</b>
1 - MODELO DE FINANCIAMENTO DO SETOR	1 - SUSTENTABILIDADE DO SETOR (NOVO)
2 - GARANTIA DE ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL	2 - GARANTIA DE ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL
3 - MODELO DE PAGAMENTO A PRESTADORES	3 - RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES
4 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	4 - INCENTIVO À CONCORRÊNCIA
5 - INCENTIVO À CONCORRÊNCIA	5 - GARANTIA DE ACESSO A INFORMAÇÃO
6 - GARANTIA DE ACESSO A INFORMAÇÃO	6 - INTEGRAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR COM O SUS
7 - CONTRATOS ANTIGOS	7 - GOVERNANÇA REGULATÓRIA (NOVO)
8 - ASSISTÊNCIA AO IDOSO	
9 - INTEGRAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR COM O SUS	

Para a Agenda Regulatória 2013-2014, foram propostos trinta e seis projetos/ ações para os sete eixos citados. Deste total, trinta e quatro projetos são novos e dois projetos (Aprimorar e aprofundar os estudos sobre mercados relevantes e Continuar o desenvolvimento do Registro Eletrônico em Saúde) foram propostos para dar continuidade a projetos da agenda anterior (Aprofundar o estudo para a análise do grau de concorrência em possíveis mercados relevantes e Implantar o Registro Eletrônico em Saúde). Os eixos com maior número de projetos são: Governança Regulatória, com oito projetos; Sustentabilidade do setor e Garantia de acesso a informação, com seis projetos cada.

Tais projetos foram apresentados aos membros da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS, no dia 16 de outubro de 2012, que encaminharam suas contribuições até o dia 05 de novembro, e foram submetidos à consulta interna e externa, sendo consolidados conforme tabela abaixo.

AÇÕES E EIXOS DA AGENDA REGULATÓRIA 2013-2014	
EIXOS	AÇÕES (PROJETOS)
SUSTENTABILIDADE DO SETOR	I) Desenvolver estudos sobre a implantação de princípios de Governança Corporativa no setor; II) Desenvolver estudos sobre o impacto atual da regulação econômica no setor e sobre modelos alternativos; III) Desenvolver estudos sobre a implantação de Fundo de Desenvolvimento Setorial; IV) Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais; V) Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede e sobre a viabilidade de modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital); e VI) Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes e estudar alternativas regulatórias.
GARANTIA DE ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL	I) Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso; II) Qualificar a entrada do beneficiário no plano: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da existência de DLP; III) Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado; e IV) Estudar alternativas para permitir/estimular o incentivo financeiro nas ações de promoção e prevenção; e V) Implantar o programa QUALISS de divulgação e de monitoramento da qualidade dos prestadores.
RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES	I) Avaliar e divulgar iniciativas de novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar; II) Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos; e III) Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde.
INCENTIVO À CONCORRÊNCIA	I) Desenvolver estudos sobre a estrutura produtiva do setor (cadeia de valor: principais fornecedores inclusive); II) <b>Aprimorar e aprofundar os estudos sobre mercados relevantes</b> ; III) Avançar na Portabilidade de Carências para planos coletivos empresariais; e IV) Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias.
GARANTIA DE ACESSO A INFORMAÇÃO	I) Munir o beneficiários com informações sobre saúde e direitos assistenciais, com ênfase na utilização das diretrizes clínicas; II) Disponibilizar as informações de contratos e documentos correlatos relativos aos beneficiários (via WEB); III) Perseverar na consolidação e compilação dos atos normativos da ANS; IV) Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores; V) Sistematizar e publicizar os critérios de acompanhamento da regulação do setor; e VI) Estabelecer bases da política de relacionamento entre operadoras e beneficiários.
INTEGRAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR COM O SUS	I) <b>Continuar o desenvolvimento do Registro Eletrônico em Saúde (RES)</b> ; II) Aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS; III) Implementar modelo de certificação das Operadoras junto ao ressarcimento ao SUS; e IV) Construir mapa de utilização do SUS por parte dos beneficiários, como instrumento de regulação das operadoras de planos de saúde
GOVERNANÇA REGULATÓRIA	I) Implantar a análise de impacto regulatório e operacional; II) Ampliar a participação social; III) Aperfeiçoar a Carta de Serviços externa e implantar sua versão interna: gerando valor e confiança na instituição IV) Implantar a gestão de processos, rumo à agência eletrônica, com ênfase no processo eletrônico da fiscalização; V) Implantar piloto de gestão de projetos para eficácia regulatória; VI) Promover a gestão socioambiental sustentável; VII) Implantar a política de gestão do conhecimento; e VIII) Estudar a consolidação da entrega de informações periódicas à ANS.

### III - Análise Geral – Dados Estatísticos

#### CONSULTA INTERNA E CAMSS

Na construção de sua agenda regulatória para o período 2013/14, a ANS desenvolveu uma série de ações buscando o aprimoramento deste processo através do estímulo à participação qualificada dos vários atores do setor.

Após a experiência adquirida com a condução da primeira agenda referente ao período 2011/12, a Agência procurou ampliar a utilização de princípios e métodos que permitissem ampla participação e transparência.

A elaboração da agenda inicia com a proposição de um quadro que agrega projetos vindos dos planejamentos estratégicos das áreas técnicas em composição com os projetos vindos da agenda anterior em uma distribuição de acordo com eixos direcionais representando os principais campos de atuação no processo regulatório na saúde suplementar.

O processo de construção participativa da Agenda pode ser dividido em três fases:

- Consulta Interna
- Pré-Consulta
- Consulta Pública

### **I -Consulta Interna**

No período de 02/10/2012 à 05/11/2012, os servidores da agência puderam enviar suas contribuições através de um aplicativo informatizado disponível na intranet, de fácil acesso e protegido, permitindo maior facilidade na análise destas contribuições.

As Consultas Internas feitas aos servidores visam favorecer a colaboração do pessoal técnico das várias áreas das cinco diretorias, no processo de identificação e discussão de aspectos normativos ou não, relevantes para a tomada de decisão da alta direção, estimulando a participação e a transparência na Agência. Desta forma, pela primeira vez, este processo foi utilizado para a construção da Agenda Regulatória ANS.

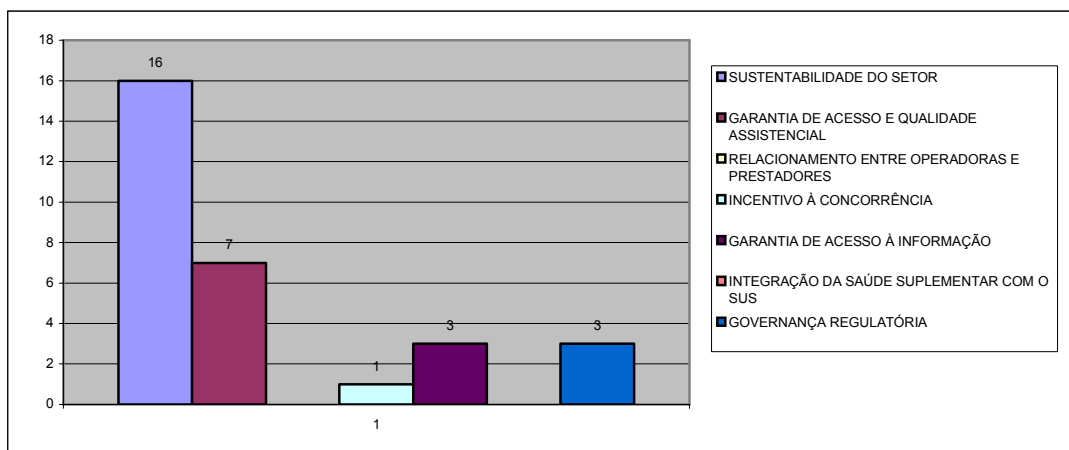
A participação dos servidores foi possibilitada e estimulada a partir de ações iniciadas com a construção de um *Guia de Participação* com ênfase na qualidade da contribuição. Este guia foi disponibilizado no final de setembro de 2012 na intranet, junto com o material demonstrando o estado (à época) de desenvolvimento da Agenda com seus sete eixos e os projetos associados.

Princípios de qualidade regulatória, já introduzidos por projetos piloto de AIR na Agência, foram utilizados para conduzir a participação de forma a garantir o melhor aproveitamento possível das contribuições vindas de seu corpo técnico.

A participação dos servidores se deu através de duas formas diferentes. Em um formato, através do aplicativo informatizado, os critérios para participação exigiam respostas a algumas questões tais como a relação com um eixo ou projeto já disposto na Agenda, a classificação quanto ao tipo de comentário – se era uma inclusão, exclusão ou alteração de conteúdo; o preenchimento de um campo com um texto proposto, no caso de inclusão ou alteração, e a justificativa para o tema proposto.

As contribuições vindas no outro formato – apresentação de projetos, observaram critérios mais próximos à metodologia de AIR. Nestes, os servidores faziam a identificação clara do problema setorial, a descrição do problema com a identificação de eventuais custos envolvidos em uma eventual normatização, a identificação dos grupos setoriais afetados, a definição sintética dos objetivos pretendidos e a formulação de opções regulatórias.

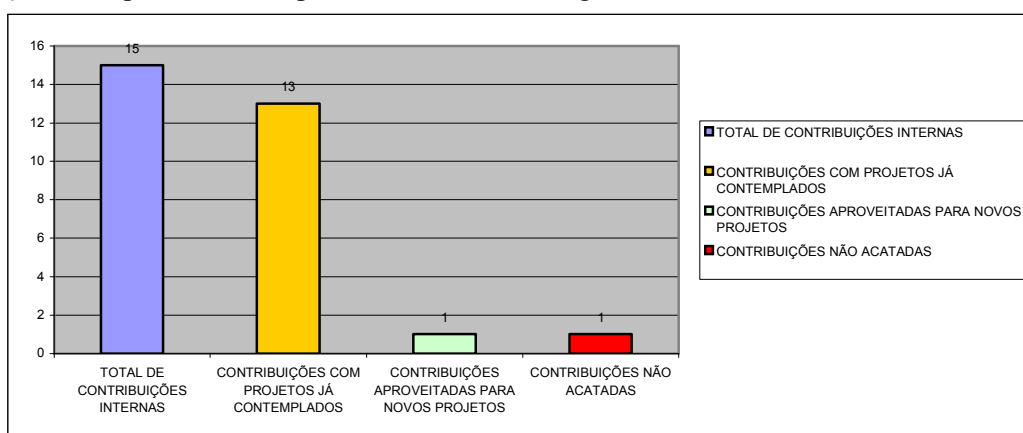
Os critérios para a aceitação destas contribuições foram, portanto mais rígidos e técnicos em relação ao que veio a ser exigido dos representantes da CAMSS ou da sociedade como um todo, na Consulta Pública realizada em seguida, na medida em que era esperada uma contribuição mais qualificada tecnicamente por parte deste público interno.



**Fig 2 - Quadro relacional da quantidade das contribuições internas por eixo.**

Das 15 contribuições enviadas 13 já estavam contempladas nos atuais projetos da Agenda ou nas ações da ANS que compõem sua agenda interna e duas foram categorizadas de forma diversa. A primeira - *Contrato Único para os produtos* – foi classificada como não acatada/não se aplica pelas áreas técnicas envolvidas que justificaram esta classificação: “Atualmente, já existe um grupo na ANS que discute critérios para a disponibilização dos contratos pelas operadoras, em sítio eletrônico. Em relação ao descumprimento dos normativos, a ANS possui instrumentos não somente de punição como também para transacionar, objetivando a adequação destes contratos aos normativos vigentes.”

A segunda contribuição foi acatada e passou a fazer parte do quadro de sugestões de projetos a serem avaliados pela Diretoria Colegiada como podendo fazer parte efetivamente da nova agenda como um novo projeto: “*Ressarcimento ao SUS como instrumento de regulação das operadoras de planos de saúde*”, integrando o eixo 6.



**Fig.3 - Resultado das contribuições internas quanto ao aproveitamento**

Este conjunto de contribuições qualificadas foi organizado e somado às contribuições encaminhadas pelos membros da CAMSS e aos projetos já listados provenientes da agenda anterior ou do planejamento estratégico das áreas. Esse quadro de contribuições foi direcionado às áreas para que emitissem seu parecer quanto à aceitação ou não da contribuição. As áreas por sua vez utilizaram seus próprios critérios técnicos para aceitação ou não de cada contribuição.

## II - Pré-Consulta

Um primeiro desenho da agenda foi compartilhado com os representantes da CAMSS em 16 de outubro de 2012 durante a 72ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, no Rio de Janeiro. Nesta ocasião foi apresentada a Agenda Regulatória 2013/14 composta pelos eixos: *Sustentabilidade do setor; Garantia de acesso e qualidade assistencial; Relacionamento entre operadoras e prestadores; Incentivo à concorrência; Garantia de acesso à informação; Integração da Saúde Suplementar com o SUS e Governança Regulatória.*

Sua elaboração foi resultado de avaliações das áreas técnicas da Agência observando as necessidades regulatórias detectadas através de seu monitoramento permanente. Alguns projetos da agenda anterior, por força de seu planejamento e necessidades próprias de seu desenvolvimento, tiveram sua continuidade estendida para a atual agenda.

Os membros da CAMSS foram, nessa ocasião, informados sobre a composição inicial da agenda e instados a participar de seu aprimoramento enviando sugestões e indicações de aspectos do setor nos quais a agência deveria, prioritariamente, investir seus esforços. As contribuições foram recepcionadas na ANS através de um e-mail próprio ou através de ofícios encaminhados pelos representantes da Câmara à Agência.

A Câmara de Saúde Suplementar é composta por 26 entidades representativas. Seis entidades - CONADE, UNIMED BRASIL, CMB, UNIDAS e FENASAUDE, enviaram um total de 30 contribuições válidas.

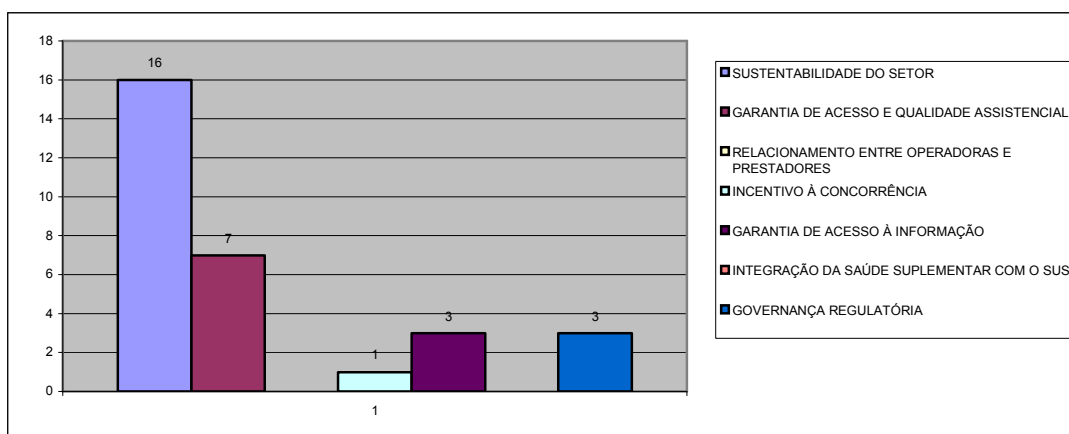
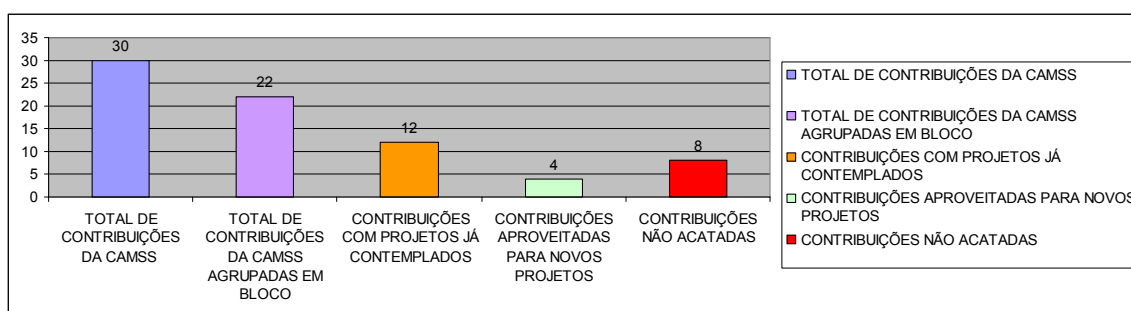


Figura 3. Gráfico relacional do número de contribuições vindas da CAMSS por eixo.



Nesta fase, não houve envio de contribuições das entidades de defesa do consumidor, entidades representantes de portadores de patologias ou de algum dos conselhos nacionais de profissionais de saúde.

As 30 contribuições válidas foram agrupadas de acordo com sua relação com os eixos e respondidas em bloco de acordo com os temas. A partir destes blocos, que reduziram as trinta contribuições enviadas à vinte e duas contribuições agrupadas, quatro propostas foram acatadas e incorporadas para integrarem a nova agenda como projetos novos. Doze propostas foram acatadas parcialmente, significando que já estavam contempladas em outros projetos e oito foram classificadas como não acatadas.



**Figura 4. Resultado das contribuições da CAMSS quanto ao aproveitamento**

Das trinta contribuições, três não informaram o tipo de comentário enviado, se tratavam de inclusão, exclusão ou alteração.

Três contribuições informaram ser propostas de alteração e vinte e quatro foram relativas a inclusões, sendo que duas transformaram-se em novos projetos.

Detalhamento das oito contribuições classificadas como não aplicáveis:

1. Relacionadas ao Eixo/projeto *Sustentabilidade do Setor/Modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital)*, atrelados a mecanismos de transferência de riscos – contribuição que propunha: *Ampliação dos prazos para cumprimento das provisões técnicas e das garantias financeiras*. A área técnica relacionada ao tema justificou seu não acatamento: *A RN 313 já atende a este pleito, na medida em que estendeu o prazo de constituição da margem de solvência para compensar o efeito da baixa dos ajustes econômicos feitos para fins de PMA e MS definidos na IN DIOPE n° 50*.
2. Relacionada ao eixo *Incentivo à concorrência*, contribuição que propunha *Ampliação de modelos de produtos*. A área encarregada justificou sua negativa - *A cobertura assistencial mínima a ser oferecida pelos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1° de janeiro de 1999 é definida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não sendo permitida a configuração de produto que não ofereça esta cobertura assistencial mínima*.
3. Contribuição associada ao eixo/projeto *Consolidação da legislação da saúde suplementar*, que propunha que *A Agência deverá atuar de forma a estimular e até*

*induzir a construção do marco regulatório definitivo para o setor. A área técnica justificou sua negativa - a construção de um novo marco regulatório para a saúde suplementar demanda a deflagração do processo legislativo, cuja competência foge à esfera de atribuições da ANS.*

4. Contribuição associada o eixo *Sustentabilidade do Setor que propunha Alterar – o segmento de OPS “Filantrópicas” para “Filantrópicas e Entidades sem Fins Lucrativos”*. A Procuradoria da ANS justificou sua classificação de não aplicável: *A alteração pretendida encontra óbice nas denominações que já são empregadas pela Lei nº 9.656, de 1998. Assim, as autogestões, por exemplo, já estão expressamente designadas na lei e também são entidades sem fins lucrativos, o que geraria incongruência na alteração proposta.*
5. Contribuição relacionada ao eixo: *Garantia de acesso e qualidade assistencial, propunha: Definição de prazo para retorno de consulta médica para mesmo CID*. As áreas técnicas encarregadas justificaram sua negativa: Há parecer contrário do CFM quanto á isso.
6. Contribuição relacionada ao eixo: *Sustentabilidade do Setor propondo: Flexibilização da análise de Ressarcimento ao SUS*. A área técnica justificou sua negativa como já existindo diversos estudos sobre Ressarcimento, porém o conceito de flexibilização da proposta não foi claro.
7. Contribuição relacionada ao eixo: *Sustentabilidade do Setor - Flexibilização de garantias para contestação de Ressarcimento ao SUS: Definição de prescrição das Cobranças em 3 anos, tendo como base decisões judiciais*. É importante esclarecer que não é possível a definição do prazo prescricional por norma regulamentar, pois é matéria de lei.
8. Contribuição relacionada ao eixo: *Sustentabilidade do Setor - Manter as operadoras de saúde filantrópicas no mesmo CNPJ da entidade, como FILIAL, segregando a contabilidade como definido em Lei, e já efetuado nas prestações de conta das Entidades Filantrópicas para o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Assistência Social*. A área técnica propôs não acatar nestes termos, pois fere o art 34 da lei 9.656.

As contribuições incorporadas como novos projetos ao final da rodada (Consulta Interna e Pré consulta), portanto antes da realização da Consulta Pública foram:

INTERNAS –uma (1) contribuição incorporada.

Eixo 6. Ressarcimento ao SUS como instrumento de regulação das operadoras de planos de saúde, com a seguinte redação: *Construir mapa de utilização do SUS por parte dos beneficiários, como instrumento de regulação das operadoras de planos de saúde.*

CAMSS – duas (2) contribuições incorporadas.

No eixo 2 - Garantia de acesso e qualidade assistencial - foi proposto o mapeamento de toda cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes, com a construção de lista juntamente com ANVISA, sem discutir preços. A redação dada foi a seguinte: *Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes.*

No eixo 2 - Garantia de acesso e qualidade assistencial – foi ressaltada a importância das Diretrizes Clínicas, com a proposta de unificá-lo com projeto do Rol, a ser atualizado nesse ano, e o projeto 5.1 (garantia de acesso à informação, especificamente em relação à saúde e aos direitos assistenciais), permitindo maior interface com os prestadores para implementação. Dessa forma o projeto 5.1 teve sua redação alterada para: *Munir o beneficiários com informações sobre saúde e direitos assistenciais, com ênfase na utilização das diretrizes clínicas.*

Após análise técnica realizada pelas áreas, as contribuições em conjunto às enviadas pelos servidores (consulta interna), são avaliadas pela Diretoria Colegiada da ANS que, observando os critérios de qualidade regulatória e a existência de recursos humanos, técnicos, financeiros além de aspectos de planejamento e compromissos interinstitucionais, decidem por sua inclusão ou não na composição da Agenda Regulatória do período em questão.

Importante ressaltar que todo o processo de análise e decisão obedece a critérios de melhoria da qualidade regulatória à que a ANS adere, resultado de seu compromisso com os programas de aprimoramento da qualidade regulatória.

Os processos de análise e decisões técnicas da Agência estão em permanente movimento de melhoria e qualificação da regulação da saúde suplementar e buscam o desenvolvimento da transparência, da participação ampla e do compromisso com o aprimoramento democrático.

As contribuições que não tenham sido incluídas em determinada agenda não são necessariamente descartadas, elas podem estar sendo trabalhadas por grupos técnicos internos, grupos de trabalho mistos (internos e externos) ou ainda aguardando a existência de recursos que permitam o enfrentamento às questões examinadas.

### **III – Consulta Pública Externa**

Pela Consulta Pública, foram encaminhadas à ANS 328 contribuições, de um total de 34 participantes, com uma média de 9,65 contribuições/participante.

A distribuição das contribuições foi de: 7% de consumidores; 44% de operadoras; 47% de outros e 2% de prestadores.

Após efetuar a reclassificação, a filtragem e o agrupamento das contribuições repetidas e de outras, não válidas, além da inclusão das contribuições que foram encaminhadas por papel, foi alcançado o número de 194 contribuições, de 32 participantes, caindo para 6,06 contribuições em média, por participante.

As contribuições não válidas incluíram múltiplas inserções realizadas por meio do aplicativo de consulta pública em um único item (projeto), que na verdade compunha uma

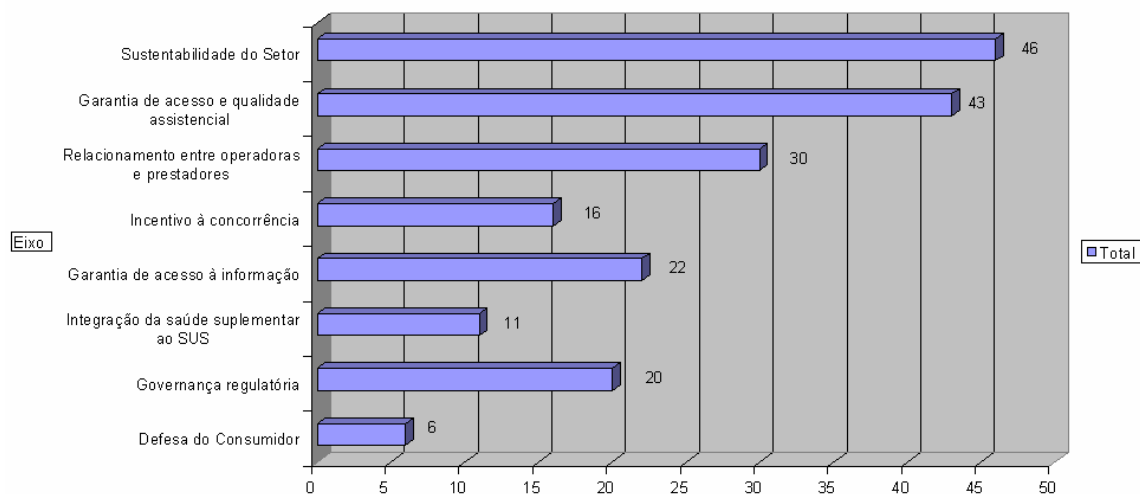
análise completa, como foi o caso da SEAE (31 contribuições), ou colocações/discurso de um determinado prestador (22 contribuições).

Em análise mais aprofundada, foram realizadas algumas classificações adicionais: como aquelas contribuições que apenas concordavam com o enunciado, ou enfatizavam aspectos sob a forma de elogios (cinco contribuições); contribuições que afinal não se aplicavam ao objeto em questão (15 contribuições) e aquelas que já haviam sido apresentadas pelas contribuições da Câmara de Saúde Suplementar (sete contribuições).

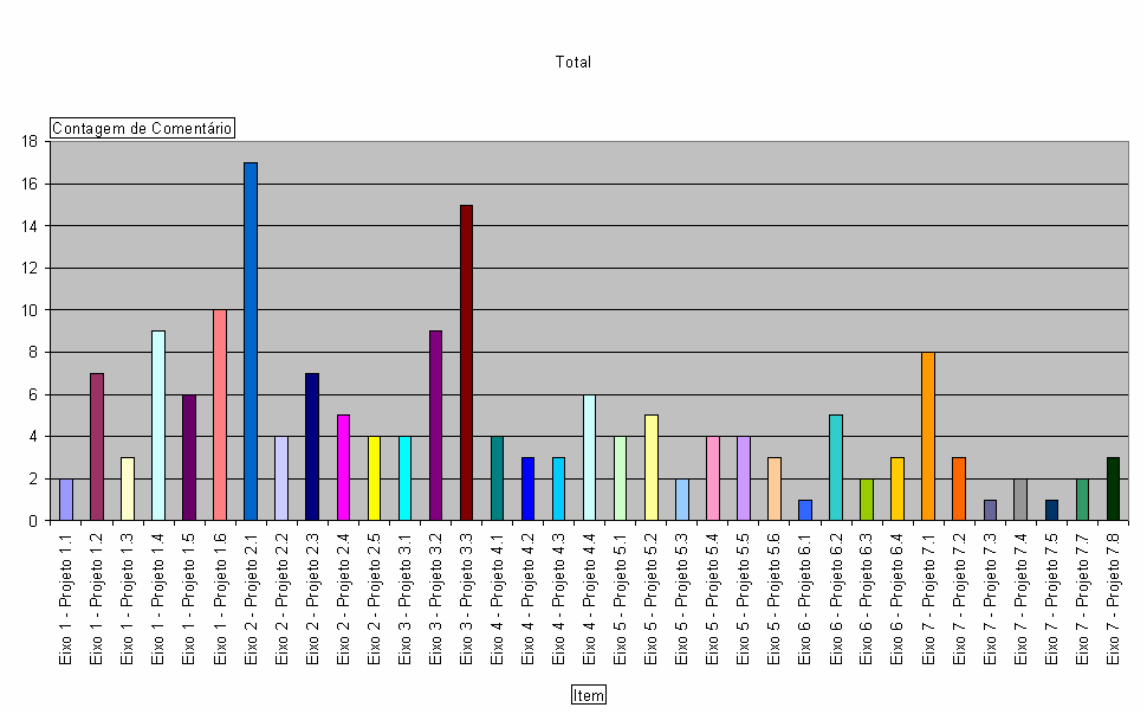
Assim, com um total de 167 contribuições depuradas, classificamos para a análise das áreas técnicas.

Observando-se a distribuição das contribuições recebidas em relação aos eixos estratégicos, verifica-se que os eixos Sustentabilidade do Mercado, Garantia de acesso e qualidade assistencial e Relacionamento entre operadoras e prestadores foram os que receberam o maior número de contribuições, totalizando 119 contribuições para as 194 recebidas (61%). Os eixos Integração da saúde suplementar ao SUS e Defesa do Consumidor foram os que receberam menor número de contribuições, totalizando 17 contribuições das 194 recebidas (8%).

Contagem de Comentário2

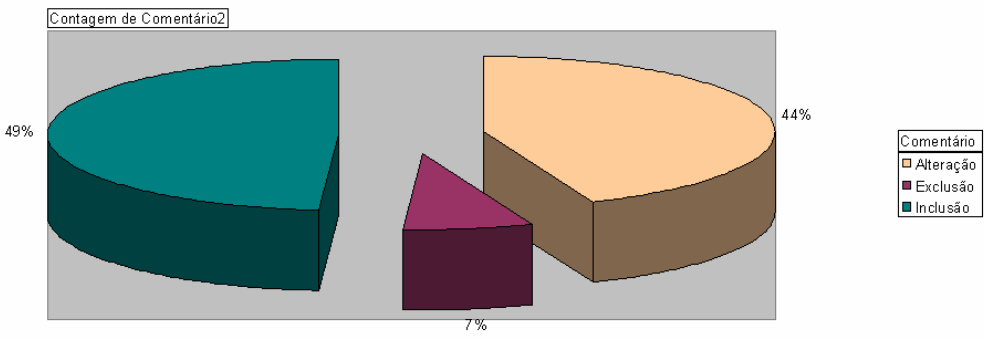


Observando-se a distribuição das contribuições segundo os projetos, verifica-se que os projetos 1.2 – Desenvolver estudos sobre o impacto atual da regulação econômica no setor e sobre modelos alternativos, 1.4 – Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais, 1.5 – Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede e sobre a viabilidade de modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital), 1.6 – Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais freqüentes, 2.1 – Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso, 2.3 – Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado, 3.2 – Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos, 3.3 – Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde, 4.4 – Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias e 7.1 – Implantar a análise de impacto regulatório e operacional foram os que receberam maior número de contribuições em relação aos demais projetos, em especial os projetos 2.1 e 3.3, que receberam mais que 14 contribuições cada, conforme gráfico a seguir.



Observando-se a distribuição das contribuições por tipo de comentário, verifica-se que apenas 7% tratam de exclusão de projetos propostos na Agenda. As alterações (49%) e as inclusões (44%) representam a maioria das contribuições feitas (93%), conforme gráfico a seguir.

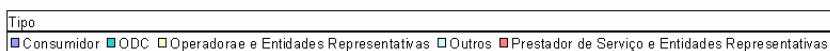
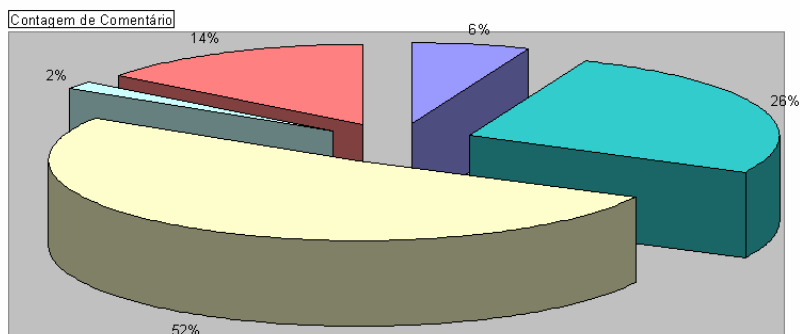
Eixo(Tudo)



Quando considerada a distribuição das contribuições de acordo com o público-alvo participante da CP, observa-se maior participação das Operadoras de planos de saúde (52%), seguidas pelos Órgãos de Defesa do Consumidor (26%) e por Prestadores de Serviços de saúde e entidades representativas (14%). Observa-se que apenas 6% das contribuições foram de consumidores.

Item(Tudo)

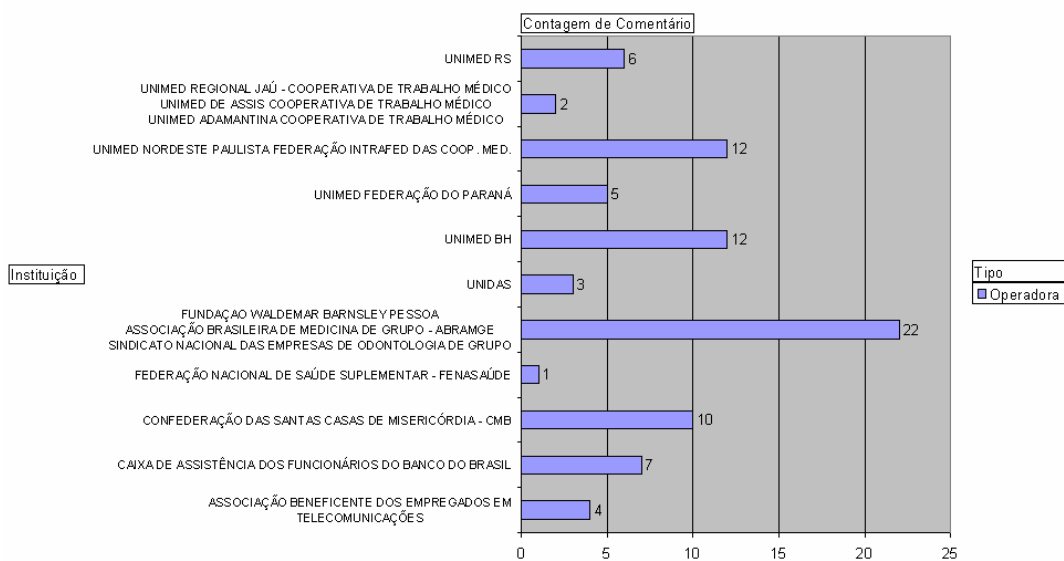
Total



Dentre as contribuições recebidas do público operadoras de planos de saúde e entidades representativas, observa-se o que o maior número de contribuições recebidas foram da Fundação Waldemar Barnsley Pessoa, da Associação Brasileira de medicina de Grupo – ABRAMGE e do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, com pouco mais de 20 contribuições. Outras operadoras com participação significativa foram a Unimed BH e A Unimed Nordeste Paulista, conforme gráfico a seguir.

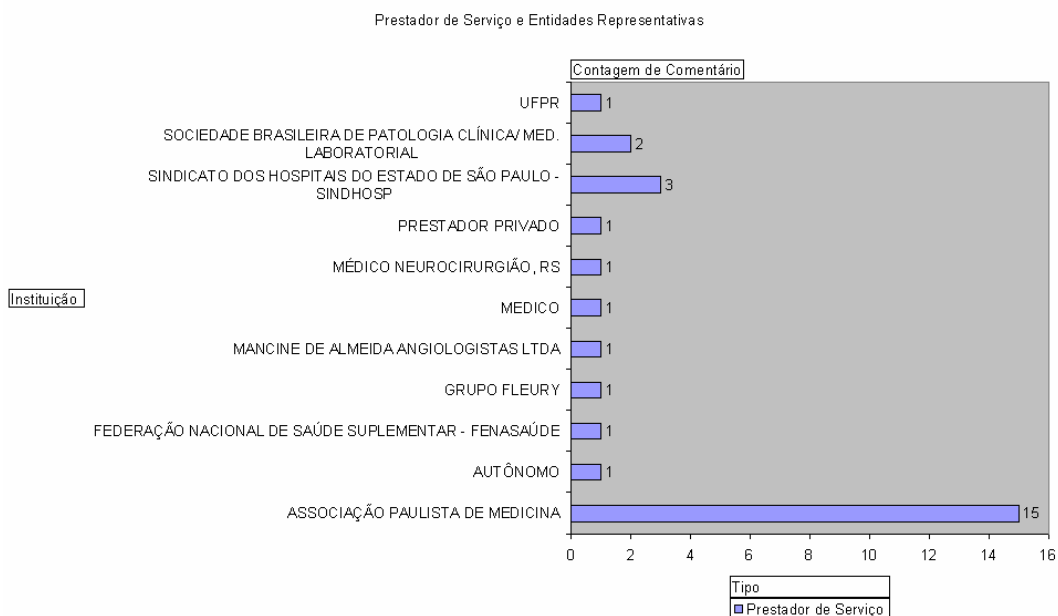
Item(Tudo)

Operadoras e Entidades Representativas



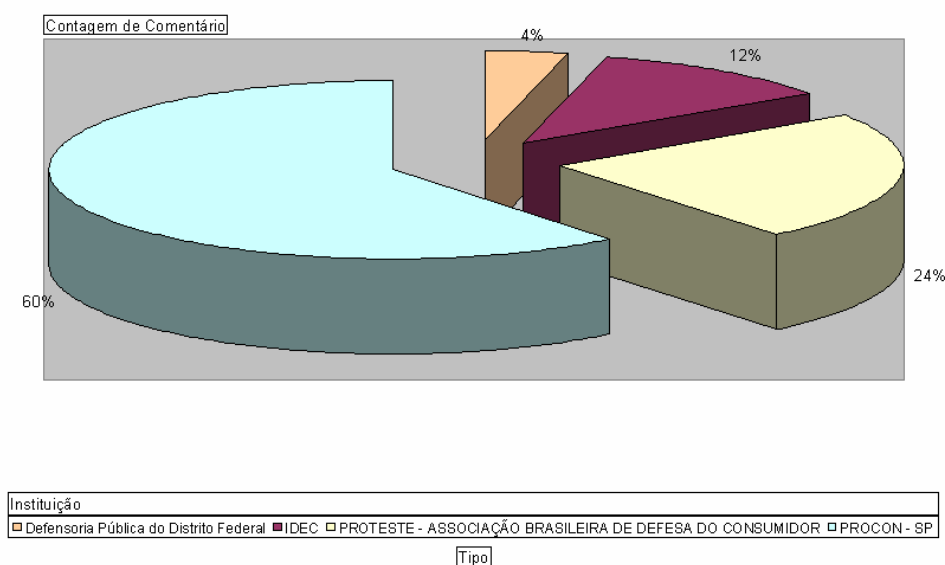
Observando-se a distribuição das contribuições recebidas dos Prestadores de serviços de saúde e entidades representativas, verifica-se expressiva participação da Associação Paulista de Medicina, com 15 contribuições encaminhadas, conforme gráfico que segue.

Item(Tudo)



Foram recebidas contribuições de quatro Órgãos de Defesa do Consumidor, quais sejam: Defensoria Pública do Distrito Federal, IDEC, PROTESTE – Associação Brasileira de Defesa do Consumidor e do PROCON – SP, sendo que as contribuições recebidas por estes dois últimos representam 84% do total recebido, conforme gráfico a seguir. O SENACON/MJ também encaminhou contribuições, após a consolidação dos resultados.

Item(Tudo)



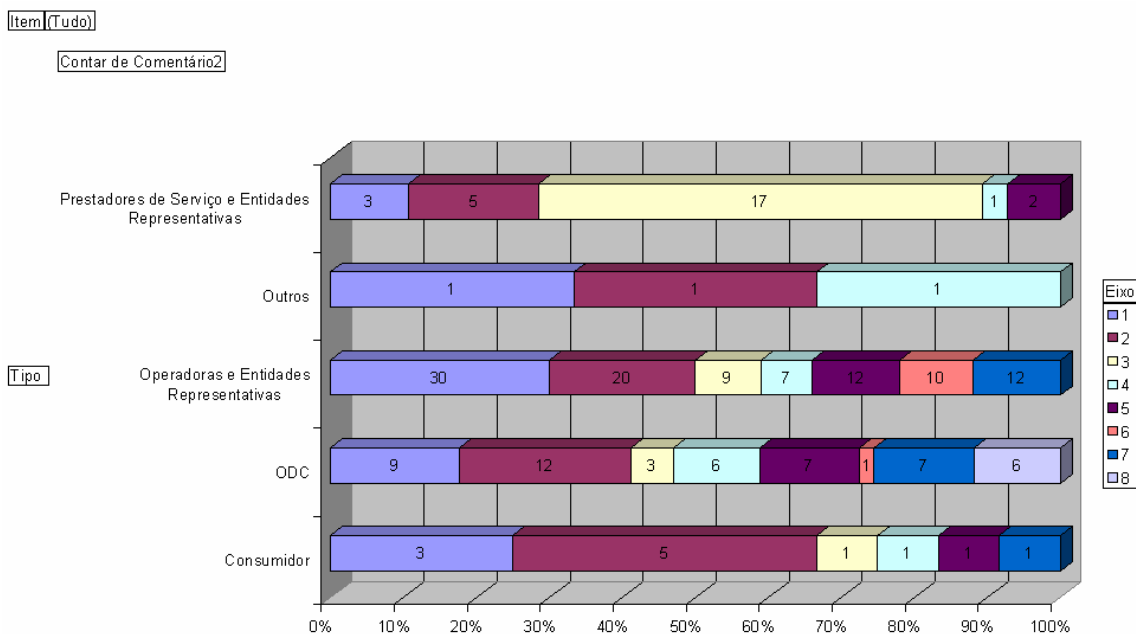


Observando-se a distribuição das contribuições segundo os eixos da Agenda Regulatória para os diferentes atores do setor, verifica-se que 78% das contribuições recebidas de Prestadores de serviços de saúde e entidades representativas estão relacionadas ao eixo 3 – Relacionamento entre operadoras e prestadores (60%) e ao eixo 2 - Garantia de acesso e qualidade assistencial (18%), não havendo contribuições para os eixos 6, 7 e 8.

Para o público Consumidores, verifica-se que mais de 60% das contribuições estão relacionadas aos eixos 1 - Sustentabilidade do Setor e 2 – Garantia de acesso e qualidade assistencial.

Para o público Outros, as contribuições recebidas estão divididas entre os eixos 1 - Sustentabilidade do Setor, 2 - Garantia de acesso e qualidade assistencial e 4 – Incentivo à concorrência, com uma contribuição para cada eixo.

Os demais públicos – Operadoras e Entidades Representativas e Órgãos de defesa do consumidor - possuem uma distribuição mais homogênea entre os sete eixos que compõem a Agenda Regulatória, sendo que o eixo 8 – Defesa do Consumidor não recebeu contribuições do público Operadoras e entidades representativas, conforme gráfico a seguir.



## IV - AVALIAÇÕES DAS CONTRIBUIÇÕES

### Do aproveitamento das contribuições e sua distribuição quanto aos eixos:

Das 45 contribuições enviadas durante a CP para o eixo Sustentabilidade do Setor, onze (24,4%) foram acolhidas para composição dos projetos; nove (20%) contribuições já estavam contempladas nos projetos existentes na agenda; vinte e cinco (55,6%) contribuições não foram acatadas.

No eixo Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial, das 35 contribuições enviadas, dezessete (48,6%) foram acatadas, dez (28,6%) estavam contempladas na agenda ou de outros projetos da Agência e oito (22,9%) não foram acatadas.

No eixo Relacionamento entre operadoras e prestadores, das 25 contribuições enviadas, quinze (16,5%) foram acatadas, seis (23,1%) já estavam contempladas e quatro (15,4%) não foram acatadas.

No eixo Incentivo à concorrência, das dezesseis contribuições enviadas, quatro contribuições (25,0%) foram acatadas, três (18,8%) já estavam contempladas em outros projetos e nove (56,3%) não foram acatadas.

No eixo Garantia de acesso à informação, das dezenove contribuições enviadas, seis (31,6%) foram acatadas, seis (31,6%) foram classificadas como já contempladas por projetos existentes e sete (36,8%) não foram acatadas.

No eixo da Integração da saúde suplementar com o SUS, das nove contribuições enviadas, duas (20%) já estavam contempladas e sete não foram acatadas.

Para o eixo novo – Governança Regulatória – foram enviadas onze contribuições, sete (63,6%) delas foram acatadas, três (27,3%) estavam já contempladas na agenda e uma (9,1%) não foi acatada.

Uma análise geral permite perceber que os sete eixos originais da agenda foram mantidos: a sugestão de criação de um novo eixo – o de *Defesa do Consumidor* - vinda de um órgão de defesa de consumidores (IDEC) e reforçada pelo SENACON/MJ (Garantia dos Direitos dos Consumidores), não foi acatada na medida em que a ANS compreende que as sugestões trazidas por esta contribuição estavam distribuídas em outros projetos já existentes na agenda. A contribuição do IDEC era constituída de cinco sugestões. Duas contribuições puderam ser relacionadas ao eixo de Garantia de acesso e qualidade assistencial. Uma ao de Sustentabilidade do setor, uma ao de Relacionamento entre operadoras e prestadores e uma ao eixo de Incentivo à Concorrência.

A questão da contratualização trazida por esta entidade já se encontra em desenvolvimento com a previsão de constituição de uma Câmara Técnica para tratar o tema. Outras sugestões da entidade – Ampliação do rol; regulação dos reajustes dos contratos coletivos; regras de substituição para hospitais, clínicas e profissionais credenciados e regulação de outras formas de serviços de saúde suplementar que não sejam prestados por operadoras ou seguradoras, não puderam ser acatadas por fugirem ao escopo legal da Agência.

Quanto à contribuição desta entidade referente à ampliação da fiscalização do cumprimento dos prazos de atendimento, a ANS classificou como acatada parcialmente na medida em que já está em curso uma série de estudos e medidas que visam o aprimoramento da ação fiscalizatória além de estarem sendo avaliadas medidas concretas que permitam viabilizar a inclusão de dados do SNDC, através do Sindec como insumo para a ação fiscalizatória.

Portanto, mais da metade das contribuições enviadas (52,77%) e com propostas acolhidas, serão levadas em consideração no desenvolvimento da Agenda e dos projetos da Agência. Do total das contribuições, 38,27% não foram acatadas. As demais foram acolhidas (61%) ou avaliadas como já contempladas (39%) nos atuais projetos propostos ou nas demais ações em curso pela ANS.

Três projetos tiveram sua nomenclatura alterada por decisão da Diretoria Colegiada com a finalidade de dar mais clareza ao texto. Foram eles:

Do eixo 1, projeto 6. Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes e estudar alternativas regulatórias. Anteriormente o texto era: Estudar formas de estabelecer critérios para avaliação tecnológica das OPMEs e suas formas de uso e regulação.

Do eixo 5, projeto 5. Sistematizar e publicizar os critérios de acompanhamento da regulação do setor; anteriormente o texto apresentava a seguinte redação: Consolidar e publicizar o plano de acompanhamento da regulação e fiscalização do setor.

Do eixo 7, projeto 3. Aperfeiçoar a Carta de Serviços externa e implantar sua versão interna: gerando valor e confiança na instituição. Foi incluído o aperfeiçoamento da carta externa ao desenvolvimento da carta interna, prevista anteriormente.

Os seis projetos relacionados ao eixo 1 – Sustentabilidade do setor receberam contribuições externas, sendo que apenas dois projetos tiveram contribuições acatadas, quais sejam: Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais e Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes e estudar alternativas regulatórias. Este último projeto sofreu ajuste em seu título, passando a incluir o texto “estudar alternativas regulatórias”.

No eixo 1, 24,4% das contribuições recebidas foram acolhidas pela ANS e 20% foram consideradas como já contempladas nos projetos propostos. Entretanto, a maior parte das contribuições (56,6%) não foram acatadas pela ANS, pois não consideravam os estudos já realizados e propostos na nova agenda, o escopo de atuação da ANS, bem como as previsões legais já estabelecidas nos normativos.

Eixo 1 - Sustentabilidade do setor						
Projeto	Acolhidas	Comentários	Já contempladas	Comentários	Não acatadas	Comentários
1.1					2	Não se pretende intervir no modelo de governança corporativa
1.2					7	Implícita na atual regulação econômico-financeira do setor
1.3					3	Trata-se de estudo com análise comparativa de modelos alternativos e impactos esperados
1.4	5	Metodologia diferenciada, levando em consideração a APS, necessidades regionais e qualidade dos profissionais, planos individuais, com ampla participação	5	Modelo de revisão do Rtl e RN 309	2	O estudo da nova metodologia prevê fatores exógenos e Pool de risco já constitui regulação para reajuste dos planos coletivos
1.5			1	Garantia de acesso e cobertura	6	Tratavam de flexibilização dos planos ou não levavam em consideração tratar-se de estudo, indicando a questão dos resseguros
1.6	6	Serão discutidas no GT do Rtl; Inclusão de medicamentos; incorporação tecnológica e estudos de custo	1	Nos novos critérios de revisão do Rtl e na inclusão de fatores exógenos na metodologia de reajuste	4	
Outros			2	Modelo de saúde corporativa contemplada na discussão do plano do cuidado e de prevenção; Pareceres técnicos em saúde para instrumentalizar o judiciário	1	A organização das redes assistenciais de qualquer modalidade de operadora deve levar em consideração a garantia do acesso e da cobertura dos serviços e procedimentos previstos no rd
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>24,4%</b>	<b>9</b>	<b>20,0%</b>	<b>25</b>	<b>55,6%</b>

O eixo 2 - Garantia de acesso e qualidade assistencial recebeu contribuições nos cinco projetos propostos. Entretanto, apenas quatro projetos tiveram contribuições acolhidas, quais sejam: Promover o acompanhamento da dispersão de rede e garantia de acesso; Qualificar a entrada do beneficiário no plano: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da existência de DLP; Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado; e Estudar alternativas para permitir/estimular o incentivo financeiro nas ações de promoção e prevenção.

No eixo 2, a maior parte das contribuições recebidas (48,6%) foram acolhidas pela ANS e serão consideradas nos momentos de definição de atividades dos projetos e de execução. Do total de contribuições, 28,6% foram consideradas como já contempladas nos projetos propostos e 22,9% não foram acatadas pela ANS, pois não consideravam, situações já previstas em normativos da ANS ou já definidas na Agenda Regulatória anterior, ausência de previsão legal ou mesmo necessidade de alterações na Lei 9961/2000.

Eixo 2 - Garantia de acesso e qualidade assistencial						
Projeto	Acolhidas	Comentários	Já contempladas	Comentários	Não acatadas	Comentários
2.1	4	Ferramenta para consulta de rede e comparação; aperfeiçoamento da metodologia; com garantia de acesso e cobertura; solução público-privada para o idoso	5	Modelo já definido na agenda anterior; ferramenta para analisar serviços efetivamente contratados RPS; iniciativa do georreferenciamento RN 285; tempo de funcionamento dos SACs discutido após implantação	3	Garantia de acesso com qualidade de rede/orçamento de rede e regulação de prestadores e beneficiários não fazem parte do projeto; ampliação para classes D e E não cabe ao regulador
2.2	2	Estabelecimento de prazos para perícias e entrevistas; qualificação da entrada	1	Conhecer as melhores práticas do mercado	1	Acolturação do consumidor e informações padronizadas
2.3	5	Novo modelo assistencial centrado em APS; direito do consumidor a alto custo e complexidade e uso racional; relação com remuneração e prevenção, privilegiando os resultados e o uso de protocolos			1	NSA
2.4	4	Equipes profissionais valorizadas; revisão das regras; educação em saúde; monitoramento contínuo; redução dos custos das operadoras			1	Redução da TPS como incentivo - necessidade de alteração de lei
2.5			3	Preocupação com transparência e possíveis distorções - indicadores construídos no COGEP; pontuação bônus do IDSS; diferenciação entre programa e acreditação	1	Evidência científica não utilizada para classificação da rede hospitalar (portaria MS)
Outros	2	Avaliação de ingresso de novas tecnologias e terapias para as coberturas existentes e incentivo a APS	1	Atendimento psiquiátrico - já consta do Rol	1	NSA
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>48,6%</b>	<b>10</b>	<b>28,6%</b>	<b>8</b>	<b>22,9%</b>

Os três projetos relacionados ao eixo 3 – Relacionamento entre operadoras e prestadores receberam contribuições externas e todos tiveram contribuições acatadas.

No eixo 3, 61,5% das contribuições recebidas foram acolhidas pela ANS e serão consideradas nos momentos de definição de atividades dos projetos e de execução. Apenas 23,1% foram consideradas como já tendo sido contempladas e 15,4% não foram acatadas pela ANS, pois não consideravam as competências legais da ANS e o que está previsto no marco legal.

Eixo 3 - Relacionamento entre Operadoras e Prestadores						
Projeto	Acolhidas	Comentários	Já contempladas	Comentários	Não acatadas	Comentários
3.1	3	Indicador de qualidade de desempenho do prestador vinculado às equipes; precificação adequada de materiais em benefício da assistência; medição da qualidade assistencial conforme guia de implantação	1	Eficiência e racionalização dos recursos; cultura de gestão e não de transferência de distorções		
3.2	1	Modelo com maior fundamentação técnica CT de revisão da contratualização; vínculos de confiança entre os atores e sustentabilidade; informação (TISS); georeferenciamento e divulgação dos prestadores; maior comunicação com as operadoras; negociações coletivas; parâmetros de descredenciamento e risco assistencial; risco de prejudicar o consumidor	5	Marco legal prevê a cobertura dos riscos assistenciais pelas operadoras, de livre escolha; não é possível ter código único para procedimentos distintos; as atualizações serão geradas por entidades representativas; proposta da ANS não inviabiliza câmara técnica da AMB	1	Modelo com mais transparência e com governança compartilhada no setor  Preocupação entre equacionamento de rede e disponibilidade assistencial: rede existente é compartilhada, um prestador com várias operadoras; não é competência legal da ANS definir os valores mínimos de remuneração dos prestadores
3.3	12				3	
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>61,5%</b>	<b>6</b>	<b>23,1%</b>	<b>4</b>	<b>15,4%</b>

Os quatro projetos relacionados ao eixo 4 – Incentivo à concorrência receberam contribuições externas, sendo que apenas dois projetos tiveram contribuições acatadas, quais sejam: Avançar na Portabilidade de Carências para planos coletivos empresariais e Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias.

No eixo 4, 25% das contribuições recebidas foram acolhidas pela ANS e 18,8% foram consideradas como já contempladas nos projetos propostos. Entretanto, a maior parte das contribuições (56,3%) não foram acatadas pela ANS, pois propunham análises relacionando a qualidade assistencial ao estudo da estrutura produtiva do setor, ou a diferenciação das análises de mercados relevantes de acordo com modalidades das operadoras, ou mesmo questionava a atribuição da ANS em relação ao monitoramento de práticas predatórias.

Eixo 4 - Incentivo à concorrência							
Projeto	Acolhidas	Comentários	Já contempladas	Comentários	Não acatadas	Comentários	Total
4.1					4	Verticalização da rede; concentração de serviços diagnósticos e hospitalares; incentivo para competição a partir da qualidade; monitoramento da qualidade	4
4.2					3	Aspectos regionais, levando-se em consideração os prestadores de serviço; ambiência das autogestões	3
4.3	2	Considerar seleção adversa e risco moral; modelo de formação de preços; melhoria da qualidade	1	CT - instrumento para melhorar a qualidade Analisar práticas concorrenciais e propor soluções; levar em consideração falta de planos individuais e área de atuação dos planos; fiscalização da unicidade, para viabilizar novas operadoras em pequenos e médios municípios			3
4.4	2	Considerar falhas regulatórias e comportamentos oportunistas; monitorar as PJs contratantes; ouvir mais os beneficiários e CDC	2		2	Atribuição do CADE de preservar mercados relevantes; modelos de prestação de serviços não configuram planos de saúde	6
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>25,0%</b>	<b>3</b>	<b>18,8%</b>	<b>9</b>	<b>56,3%</b>	<b>16</b>

\*ODC – Órgãos de Defesa do Consumidor

O eixo 5 - Garantia de acesso à informação recebeu contribuições nos seis projetos propostos, porém apenas três projetos tiveram contribuições acolhidas, quais sejam: Munir os beneficiários com informações sobre saúde e direitos assistenciais, com ênfase na utilização das diretrizes clínicas; Disponibilizar as informações de contratos e documentos correlatos relativos aos beneficiários; e Estabelecer bases da política de relacionamento entre operadoras e beneficiários. Cabe ressaltar que o projeto “Consolidar e publicizar o plano de acompanhamento da regulação e fiscalização do setor” sofreu alteração de nomenclatura, passando a entitular-se “Sistematizar e publicizar os critérios de acompanhamento da regulação do setor”

No eixo 5, percebe-se um equilíbrio entre as contribuições acolhidas (31,6%), as consideradas como já contempladas (31,6%) e as não acatadas (36,8%), muito embora as não acatadas estejam em maior número. Tais ações não foram acatadas pela ANS por não considerarem o escopo de atuação da ANS e suas competências legais, bem como a necessidade da agência de respeitar os princípios da administração pública, como a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Eixo 5 - Garantia de acesso à informação							
Projeto	Acolhidas	Comentários	Já contempladas	Comentários	Não acatadas	Comentários	Total
5.1	3	Preocupação à ênfase dada às diretrizes clínicas, com possibilidade de demandas indevidas; reestabelecimento de convênio com a AMB para a construção de diretrizes clínicas; linguagem acessível ao consumidor			1	Informações do RES é para ser compartilhada entre prestadores, de forma a conferir maior segurança ao beneficiário	4
5.2	2	Envio de uma via impressa a partir da assinatura; sugestões para disponibilização de contratos coletivos			2	Não cabe à ANS homologar empresas prestadoras de TI: serão disponibilizadas informações contratuais estruturadas	4
5.3			1	Já publicado glossário junto ao MS, fácil acesso às normas Ampla discussão sobre o indicador NIP: participação do consumidor; comparação entre operadoras semelhantes; critérios de alinhamento entre os sistemas de informação, ampliando a transparência e participação social, com enfoque na satisfação do consumidor			1
5.4			4				4
5.5					3	Publicizar as práticas deve reduzir questionamentos Aumento do risco regulatório com indicador NIP - atuação da ANS pauta-se em princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência	3
5.6	1	Mediação ativa de conflitos em aperfeiçoamento	1	Melhoria do DISQUE-ANS com ampliação do número dos canais telefônicos e dos postos de atendimento; ampliar o uso das redes sociais; cadastro de atendimento necessário à apuração da redarração	1		3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>31,6%</b>	<b>6</b>	<b>31,6%</b>	<b>7</b>	<b>36,8%</b>	<b>19</b>

Os quatro projetos relacionados ao eixo 6 – Integração da saúde suplementar com o SUS receberam contribuições externas, porém nenhuma foi acatada pela ANS.

Assim, dos projetos relacionados ao eixo 6, 20% das contribuições recebidas foram consideradas como já contempladas nos projetos propostos e 70% não foram acatadas, pois o Ressarcimento ao SUS não pode ser considerado como penalidade às operadoras, sendo um processo apartado dos processos de Notificação de Investigação Preliminar – NIP, entre outras considerações apresentadas sem base legal.

Eixo 6 - Integração da saúde suplementar com o SUS							
Projeto	Acolhidas	Comentários	Já contempladas	Comentários	Não acatadas	Comentários	Total
6.1					1	Informações do RES é para ser compartilhada entre prestadores, de forma a conferir maior segurança ao beneficiário	1
6.2			1	O Índice de Valoração do Ressarcimento pode ser reduzido sempre que a operadora comprovadamente demonstrar que seus custos incorrentes no atendimento como um todo são inferiores ao cobrado.	3	Ressarcimento ao SUS é apartado da NIP, não há indicação de glosa linear; o recurso é direcionado ao FNS	4
6.3					2	Ressarcimento não é penalidade; compensação mútua não ficou clara	2
6.4			1	Há uma constante busca de melhoria do processo do ressarcimento	1	O mapa de utilização é instrumento de regulação	3
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>2</b>	<b>20,0%</b>	<b>7</b>	<b>70,0%</b>	<b>10</b>

O eixo 7 – Governança regulatória não recebeu contribuições em apenas um dos projetos apresentados: Promover a gestão socioambiental sustentável. Dos oito projetos, seis tiveram contribuições acolhidas, quais sejam: Implantar a análise de impacto regulatório e operacional; Ampliar a participação social; Implantar a Carta de serviços interna: gerando valor e confiança na instituição; Implantar a gestão de processos, rumo à agência eletrônica, com ênfase no processo eletrônico da fiscalização; Implantar piloto de gestão de projetos para eficácia regulatória; e Implantar a política de gestão do conhecimento

No eixo 7, a maior parte das contribuições recebidas (63,6%) foram acolhidas pela ANS e serão consideradas nos momentos de definição de atividades dos projetos e de execução. Do total de contribuições, 27,3% foram consideradas como já contempladas nos projetos propostos e 9,1% não foram acatadas pela ANS, pois não se aplicavam. Nesse eixo, a maioria das contribuições era de solicitação de maiores esclarecimentos, o que será realizado também ao longo do processo de execução da agenda.

Eixo 7 - Governança regulatória							
Projeto	Acolhidas	Comentários	Já contempladas	Comentários	Não acatadas	Comentários	Total
7.1	1	As análises só fazem sentido, se acompanhadas de consultas às partes envolvidas e ampla divulgação					1
7.2	1	Videoconferência, AP, ampla divulgação dos balanços das CPs; linguagem acessível e estudos para embasar as propostas.					1
7.3	1	Com a pactuação dos compromissos entre as áreas da ANS, otimizam-se os processos internos de gestão, que já terão suas etapas descritas; reduz-se o retrabalho e o tempo total de atendimento às áreas demandantes e aumenta a satisfação do cliente interno. Os serviços serão entregues com qualidade, na quantidade necessária; de forma tempestiva e com inovação desejável.					1
7.4	1	A implementação da Gestão de processos propiciará o maior conhecimento da dinâmica institucional e a possibilidade de melhoria da própria ação regulatória. Será iniciado por processos prioritários da ANS e gradativamente os demais processos serão mapeados com a finalidade de aprimorá-los. Ao final da implementação espera-se ter condições de dar mais celeridade às buscas, ampliar os registros e de maior transparência.			1	NSA	2

Eixo 7 - Governança regulatória							
Projeto	Acolhidas	Comentários	Já contempladas	Comentários	Não acatadas	Comentários	Total
7.5	1	A implantação de uma área na ANS que organize, sistematize e divulgue os projetos tomará mais transparente suas ações e otimizará custos, o tempo e os esforços empenhados. Está sendo utilizada a metodologia PMO como base para uma customização à realidade da ANS e será implementada como projeto piloto para adequações e testagens e futuramente avançar para um núcleo de Gestão de projetos.					1
7.6							0
7.7	2	A Gestão do Conhecimento consiste no conjunto de estratégias que permite que as pessoas criem, capturem, mantenham, utilizem e compartilhem o conhecimento sobre as atividades do setor, da própria regulação e da própria instituição. O que se propõe e organizar de forma que o conhecimento tácito e científico gerado na ANS possam ser utilizado e disseminado.					2
7.8			3	Pretende-se avaliar a possibilidade de sincronizar os prazos de entrega das informações pelas operadoras e aperfeiçoar os mecanismos de avaliação da consistência das informações prestadas, reduzindo as redundâncias e aperfeiçoando a qualidade das informações recebidas pelo órgão regulador. O escopo dessa proposta são as informações recebidas pelos sistemas corporativos da ANS. Além disso, está incluída a mudança da forma de envio, considerando a possibilidade de uso de um site concentrador das comunicações com as operadoras (envio e recebimento de informações) com segurança digital.			3
Total	7	63,6%	3	27,3%	1	9,1%	11

#### IV – Considerações Finais

Esse foi um processo muito rico de amadurecimento institucional, com o compromisso de incorporação das sugestões acolhidas da sociedade civil e dos agentes regulados ao desenvolvimento dos projetos ora apresentados, guardada sua pertinência.

Como resultado desse aprendizado, permanece a promessa de melhorias em relação ao acompanhamento do instrumento e comunicação de seus resultados em linguagem acessível. Ademais, estão em permanente aprimoramento os mecanismos de consulta dos projetos incluídos na agenda, com o intuito de realizá-los mais precocemente e com maior embasamento teórico. Espera-se que com a disseminação de estudos e maior possibilidade de discussão com todos os seus públicos, a ANS consiga reduzir a assimetria de participação.



**ANEXO – Contribuições e análises, segundo número do protocolo emitido pelo aplicativo de Consulta Pública.**

<b>Projeto</b>	<b>Protocolo(nº)</b>	<b>Opção</b>	<b>Texto proposto na contribuição</b>	<b>Justificativa</b>	<b>COMENTÁRIOS DA ANS</b>
1.2 Desenvolver estudos sobre o impacto atual da regulação econômica no setor e sobre modelos alternativos	839	Exclusão		Como demonstrado na Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste e na Câmara Técnica do Pool de Risco, importantes formadores de opinião da sociedade desconhecem as metodologias de custeio dos planos médicos e odontológicos. Assim sendo, antes de se discutir garantias em horizontes de médio e longo prazos, é necessário o pleno entendimento de como são gerados os recursos financeiros, incluindo conceitos de revisão de preços.	A exclusão deste item é da competência da DIOPE. Destaca-se que a Agenda Regulatória já prevê no projeto 1.4 aprofundamento dos estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais.
1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais	802	Inclusão		O impacto de um novo Rol não é suportado pelo percentual, no lugar de aplicar o Rol para depois recuperar ao longo de um ano é um dificultador. FAZER O OPOSTO, APLICAR REAJUSTE CONTEMPLANDO O FUTURO ROL, assim a capitalização ajudaria na absorção das novas tecnologias.	Não acatado. Os estudos da nova metodologia de reajuste já prevêem um componente para avaliar o impacto de fatores exógenos, tais como a atualização do Rol de Procedimentos e eventos em saúde da ANS.
1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais	811	Alteração		Prever metodologia diferenciada de reajuste para produtos/planos de saúde baseados em Atenção Primária à Saúde - APS	A viabilidade da proposta será considerada nos estudos do novo modelo de reajuste.
1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais	817	Inclusão		Flexibilização do modelo de reajuste dos planos Individuais-Familiares;	A viabilidade da proposta será considerada nos estudos do novo modelo de reajuste.

1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais	826	Alteração	<b>Problema:</b> As RN's 195 e 196 nunca sofreram AIR. As entidades contratantes de planos coletivos recebem recursos das Adm. de Benefícios, que por sua vez recebem recursos das operadoras, afetando a legitimidade destes na representação dos beneficiários, hipossuficientes nesta relação. <b>Produto Esperado:</b> Estudos para desenvolvimento de uma nova metodologia para os planos coletivos.	A ANS regulava o reajuste dos planos coletivos (revisão técnica) até 2002, deixando de fazê-lo pela suposta existência de uma "livre negociação entre as partes". Todavia, com base no repasse de recursos (evidenciada nos contratos entre operadoras x administradoras de ben. e Adm. Ben. x Entidades), resta claro a hipossuficiência dos consumidores nesta desigual relação, realizando estudos para regular o reajuste imposto contratualmente aos consumidores na contratação dos planos coletivos.	Não acatado. Os reajustes de planos coletivos, para contratos com menos de 30 beneficiários, foi regulamentado recentemente com a RN 309/12. A ANS irá monitorar os efeitos desta nova regulamentação. Verifica-se um equívoco na sugestão apresentada, pois a revisão técnica se aplicava a planos individuais antigos, suspensa por conta da ADIN do STF em 2003.
1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais	833	Alteração		O mercado entende que este projeto deve ser tratado como prioridade, permitindo que os diversos atores do setor participem do seu desenvolvimento.	Acatado. Todas as contribuições para o projeto podem ser encaminhadas à ANS, e serão discutidas oportunamente com os atores do setor.
1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais	834	Alteração	Estudos para desenvolvimento de uma nova metodologia baseada no comportamento dos custos dos planos individuais com um fator de diferenciação: visa entre outros, garantir que os reajustes sejam ajustados à realidade de grupos homogêneos e criar estímulos ao melhor desempenho assistencial das operadoras. Fazer estudos para percentual de reajustes regionalizados.	Adequar o reajuste as necessidades/realidades das regiões do Brasil	A viabilidade da proposta será considerada nos estudos do novo modelo de reajuste.

1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais	836	Exclusão		As recentes discussões sobre reajuste, ocorridas no âmbito da Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste mostraram que a matéria tem sofrido abordagens recorrentemente equivocadas. A modelagem de reajuste ou de revisão de preços aplicada para a indústria, o comércio e a área de serviços não é aplicável para os planos de saúde, em regime de riscos a decorrer, em que os preços são fixados antes de se conhecerem os custos correspondentes. Deverá ser urgentemente restaurada a revisão tarifária, como forma de evitar a erosão do capital já constituído pelas operadoras de saúde. A análise pelo ângulo concorrencial deverá descer ao nível de microrregiões. Quanto à qualidade, os produtos de maiores preços costumam abrigar os profissionais de maior renome.	A viabilidade da proposta será considerada nos estudos do novo modelo de reajuste.
1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais	837	Alteração	Projeto: 1.4 - Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais e coletivos	A revisão dos modelos de reajustes é muito importante, porém, deve abranger também os planos coletivos. Isso porque, esses planos representam a maioria dos beneficiários de planos de saúde, que já se encontram bastante vulneráveis, tendo em vista que os contratos não estão submetidos à regulação e fiscalização da ANS. Outro grande problema é que, quanto menor a empresa, maior dificuldade para negociar os reajustes anuais, especialmente quando há aumento da sinistralidade no período.	Os reajustes de planos coletivos, para contratos com menos de 30 beneficiários, foi regulamentado recentemente com a edição da Resolução Normativa nº 309/2012, que abrange 85% dos contratos coletivos comercializados. A ANS irá monitorar os efeitos desta nova regulamentação.

<p>1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais</p>		<p>Alteração</p>	<p>Eventuais novos modelos de reajustes devem respeitar os preceitos e a legislação consumerista, e não devem ser alteradas em prejuízo do consumidor. Ressaltamos que a metodologia deve ser transparente e o percentual não deve ficar acima da inflação. Para os estudos, sugerimos a participação de membros da Academia, de órgãos de proteção e defesa do consumidor e da sociedade em geral. Destacamos, também, a preocupação desta Fundação em relação aos reajustes aplicados aos contratos coletivos. Temos recepcionado na área de atendimento do Procon/SP considerável número de questionamentos de contratos coletivos, sem obter êxito em solucionar estas reclamações, uma vez que a omissão normativa e a falta de regulamentação dificultam a realização dos acordos administrativos. Portanto, salientamos a fragilidade dos consumidores nesse tipo de contrato.</p>	<p>Reiteramos que, com uma gestão equilibrada das operadoras, e com a devida fiscalização por parte da Agência Reguladora, não é preciso se utilizar de reajustes abusivos para eventuais compensações econômicas e financeiras, fazendo o consumidor pagar por despesas cabíveis aos prestadores de serviços de saúde.</p>	<p>GGEFP Os reajustes de planos coletivos, para contratos com menos de 30 beneficiários, foi regulamentado recentemente com a edição da Resolução Normativa nº 309/2012, que abrange 85% dos contratos coletivos comercializados. A ANS irá monitorar os efeitos desta nova regulamentação. Todas as contribuições para o projeto podem ser encaminhadas à ANS, e serão discutidas oportunamente com os atores do setor.</p>
<p>1.5 Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede e sobre a viabilidade de modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital)</p>	<p>802</p>	<p>Inclusão</p>	<p>Dividir o ROL de Procedimentos para ofertar/criar produtos com somente procedimentos de baixa complexidade</p>	<p>Ocorre que no interior as operadoras não querem operar mais devido a dificuldade de rede e obrigações que precisaram assumir após RN para todos os contratos até então celebrados. Isso precisa ser alterado, senão o interior ficará sem saúde suplementar.</p>	<p>Não se aplica. Orientamos que o consumidor esclareça o foco da proposta, uma vez que o tema do projeto não se coaduna com a justificativa encaminhada para o mesmo. Considerando o teor das contribuições enviadas para este projeto, <b>sugerimos a alteração do nome para que fique mais claro o seu objetivo.</b></p>

1.5 Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede e sobre a viabilidade de modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital)	817	Inclusão		1) Divulgação para utilização dos hospitais da RSF como prestadora de serviços hospitalares em função de sua capilaridade tendo em vista o serviço prestado por elas no atendimento ao SUS (PPP); 2) Flexibilização dos produtos, principalmente no ambulatorial	<b>Não se aplica. Orientamos que o consumidor esclareça o foco da proposta, uma vez que o tema do projeto não se coaduna com a justificativa encaminhada para o mesmo. Considerando o teor das contribuições enviadas para este projeto, sugerimos a alteração do nome para que fique mais claro o seu objetivo.</b>
1.5 Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede e sobre a viabilidade de modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital)	833	Alteração	Limite operacional e econômico-financeiro	Entende-se que o tema já possui discussão recente, quando na readequação das exigências de margem de solvência. O setor precisa de estabilidade para planejar suas ações, portanto mudanças constantes prejudicam a adequação das operadoras às regras regulatórias.	
1.5 Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede e sobre a viabilidade de modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital)	834	Inclusão	Produto Esperado: Pesquisa com as grandes operadoras que tem alguma metodologia para garantir a suficiência e eficiência de rede.	Benchmarking para subsidiar as operadoras de grande porte das melhores práticas adotadas no mercado	

<p>1.5 Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede e sobre a viabilidade de modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital)</p>	<p>838</p>	<p>Alteração</p>	<p>Estudo para viabilizar novas formas de garantia do atendimento a menores custos e ampliar oferta na área com menos recursos e sobre implantação de mecanismos de compartilhamento e ou divisão de riscos entre operadoras, visando à diluição de riscos entre grupos de operadoras que se associem, considerando a competência técnica e gerencial das redes de atendimento, inclusive em nível de microrregião.</p>	<p>O Projeto de Lei do Senado no 259, de 2010, já alinharia as operadoras de saúde (aí incluídas as odontológicas) ao padrão internacional de resseguro e/ou de cosseguro formas clássicas de mitigação de riscos. A prática atuarial internacional já disponibiliza metodologia para estabelecimento de limites financeiros de retenção, reservas livres, carregamentos de segurança e matérias afins à solvência. Quanto a novas formas de garantia de atendimento a menores custos tornar-se-á necessário amplo estudo, passando obrigatoriamente pela análise da competência técnica e gerencial das redes de atendimento, em última análise fontes dos custos assistenciais. A avaliação referente ao limite operacional (rede) deverá descer ao nível de microrregiões.</p>	
<p>1.5 Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede e sobre a viabilidade de modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital)</p>		<p>Alteração</p>	<p>Necessário reestruturar e regular adequadamente a proporção entre a aquisição de novos beneficiários e manutenção da qualidade de atendimento. As operadoras que não estiverem cumprindo as garantias básicas contratuais (marcação consultas/exames, dentro do prazo inclusive, descredenciamentos, etc.), não devem comercializar seus planos de assistência à saúde.</p>	<p>O crescimento “desordenado” – bem colocado pela ANS – decorre do desequilíbrio por parte das operadoras, que consideram apenas a captação de lucro (aumento das carteiras), sem manter a qualidade do atendimento, o cumprimento contratual e o respeito às normas e princípios consumeristas. Por consequência, o consumidor não consegue marcar consultas ou ser atendido, além da redução abrupta da qualidade dos serviços e constante alteração da rede.</p>	<p>Ação já realizada. A ANS monitora o cumprimento dos prazos de atendimento no âmbito do Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento, o qual tem como consequência a suspensão da comercialização dos produtos. Inclusive, a nova metodologia abarcará todas as demandas NIPs relacionadas à negativa de cobertura assistencial, além das NIPs sobre prazos de atendimento.</p>

1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes	802	Inclusão	Implantação de regras para a abertura de mercado para compra de OPME em qualquer Estado da Federação e País, sendo o fabricante e representante obrigado a vender.	OPMEs no Brasil é cartel. Uma marca que tenha cotação de preço boa em São Paulo não pode vender um produto na Bahia, pois lá tem um representante e somente deste pode ser adquirido, fazendo com que seja o preço que ele colocar.	Regras de comercialização de OPMEs não são determinadas pela ANS
1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes	811	Alteração		Incluir medicamentos mais frequentemente utilizados e/ou de maior custo.	OK. O grupo que discutirá OPME pode também analisar a cadeia para med, apesar de já ser mais bem delimitada pela ANVISA
1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes	813	Inclusão	Incluir mais categorias nos planos de saúde, permitindo ao segurado a opção por planos em que OPMEs e exames diferenciados sejam incluídos, a fim de que o cliente possa pagar mais por mais qualidade. Permitir ao cliente a complementação de valores por materiais e procedimentos não autorizados ou autorizados diferentemente do solicitado pelo profissional assistente.	Hoje sou obrigado a aceitar imposições de minha operadora frente a OPMEs e outras limitações, enquanto segurado. Faixas de planos alternativas ou a possibilidade de completar com recursos próprios do segurado por materiais e procedimentos de maior qualidade são desejáveis. Hoje o profissional é coagido pelas operadoras a aderir a este ou aquele material ou procedimento, sob pena de ficar fora do mercado. E o paciente fica também sujeito, já que a cobertura é 0 ou 100, para procedim/OPMEs ã autorizadas	Discussão será feita no GT de OPME e no GT do ROL
1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes	817	Inclusão		Definir parâmetros / critérios de preços de materiais especiais, Órteses e Próteses;	ANS não pode definir preço

1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes	821	Inclusão	1.Desenvolver estudos sobre o impacto financeiro para inclusão de procedimentos no Rol. 2.Acompanhar os procedimentos cobertos pelas operadoras e definidos pelo Rol da ANS. 3.Desenvolver estudo sobre o uso da justiça para o pagamento de procedimentos não cobertos pelas Operadoras.	1.Muitas operadoras não suportam o impacto financeiro causado pela inclusão dos procedimentos ou ampliação das diretrizes de utilização. 2.Os prestadores solicitam autorizações para procedimentos, por vezes, com a finalidade de que o paciente seja atendido pela operadora, a partir de analogia a outros procedimentos. 3.As decisões judiciais obrigam as Operadoras a arcarem com procedimentos e OPMEs que levam a dispêndios financeiros elevados.	Proposta já incorporada nos novos critérios de revisão do ROL 2013 e 2014
1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes	821	Inclusão	Acompanhar a incorporação de novas tecnologias para OPMEs e procedimentos	A incorporação de novas tecnologias, sem o consentimento das Sociedades Médicas e CFM, pelos profissionais de saúde e prestadores de serviços fazem dos beneficiários dos estudos, além de onerarem o custo de tratamentos. Avaliar e incorporar os procedimentos e OPMEs que tragam benefícios aos beneficiários sem colocá-los em risco e/ou onerarem as Operadoras, em relação aos procedimentos e OPMEs convencionais.	ok.
1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes	832	Inclusão	Elaboração de critérios técnicos da Economia em Saúde (estudos de Custo-Utilidade e Custo-Efetividade) para liberação de comercialização de OPMEs Participação da classe médica como sendo a principal balizadora de questões que envolvam a indicação/utilização de OPMEs	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: necessário o desenvolvimento de mecanismos técnicos de regulação de utilização de OPMEs, com ampla participação de todos os setores envolvidos na cadeia produtiva (carga tributária, taxas de importação, margens de comercialização, margens de lucratividade). Independente de questões econômicas, é fundamental a participação da Classe Médica, para balizar as questões de indicações das OPMEs	ok.



1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes	833	Alteração		Não basta apenas conhecer a cadeia produtiva de OPMEs e os riscos inerentes aos beneficiários, são necessárias medidas que possam contribuir para baixar os custos destes materiais, protegendo a saúde financeira das operadoras. No entanto, qualquer medida a ser editada não deverá esvaziar/anular a livre negociação entre operadora e seu fornecedor.	Não há proposta descrita
1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes	834	Inclusão	Problema: Há distorção da remuneração entre materiais e a assistência Produto Esperado: Criar um fórum que mapeie a cadeia produtiva de OPME e a regulamentação	Visar a participação de todos os atores na cadeia produtiva de OPME equalizando a discussão entre eles	Ok.
1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes		Alteração	De acordo. Destacamos a importância do monitoramento contínuo e consultas aos órgãos de defesa do consumidor	A atual relação encontra-se desequilibrada, e o consumidor, por ser a parte mais vulnerável, acaba sendo o mais prejudicado	Ok.
1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais Uniformização da política de regulação de aumentos das diversas espécies de planos de saúde		Alteração	Os índices máximos de reajustes, aplicados apenas aos planos individuais, levam ao aumento da comercialização de planos coletivos, sem qualquer relação jurídica entre si. Como consequência, há suspensão da cobertura por falta de repasse e a inviabilização de plano individual ao consumidor, em caso de cancelamento do plano coletivo.	Uniformização da política de regulação de aumentos das diversas espécies de planos de saúde; vedação à possibilidade de comercialização apenas de planos coletivos e empresariais e a regulamentação da comercialização de planos coletivos por meio de empresas terceirizadas, cuja única função é captar clientes sem relação jurídica base entre si.	Os reajustes de planos coletivos, para contratos com menos de 30 beneficiários, foi regulamentado recentemente com a edição da Resolução Normativa nº 309/2012, que abrange 85% dos contratos coletivos comercializados. A ANS irá monitorar os efeitos desta nova regulamentação.
1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais Vedação à aplicação de índices de sinistralidade		Alteração	Utilização, por parte das operadoras de planos coletivos, do índice de sinistralidade, como mecanismo de reajuste das mensalidades. Essa aplicação permite mitigar o caráter aleatório do contrato em detrimento do consumidor, que não recebe nenhuma contrapartida similar.	Vedação à aplicação de índices de sinistralidade ou a regulamentação, de forma a estabelecer limite máximo razoável para sua incidência, que não inviabilize a continuidade do contrato quando do envelhecimento do grupo segurado.	Os reajustes de planos coletivos, para contratos com menos de 30 beneficiários, foi regulamentado recentemente com a edição da Resolução Normativa nº 309/2012, que abrange 85% dos contratos coletivos comercializados. A ANS irá monitorar os efeitos desta nova regulamentação.

Implementação de modelos de saúde corporativa	Eixo 1	Inclusão		A saúde corporativa, conceito que tange a integração de aspectos ocupacionais da saúde e segurança e sua integração com aspectos ligados a rede assistencial, hoje fracionados no plano de saúde, é uma área de imenso interesse das grandes empresas por organizar processos e diminuir custos em processos afins. a atuação da ANS sugerindo e fomentando projetos pilotos seria de fundamental importância.	Essa discussão esta sendo feita dentro do projeto de plano de cuidado, promoção e prevenção
Organização das redes assistenciais	Eixo 1	Inclusão		Que seja considerada, para efeito da RN 259 a capilaridade das operadoras de autogestão, considerando a característica de atuação da Patrocinadora Instituidora, tendo em vista que fora dos grandes centros é reconhecida a deficiência na oferta de serviços de saúde, inclusive no que se refere aos serviços de assistência à saúde do sistema público.	Sugestão não acatada. A operadora deve garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas na Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e em seus regulamentos, bem como nos contratos.
1.6 Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as OPMEs mais frequentes Alinhamento dos preços das OPMEs e alta tecnologia ao mercado internacional		Alteração	Há superfaturamento nos valores de cobranças, de forma livre no mercado de OPMEs, havendo superindicação de procedimentos e estímulo à judicialização da saúde.	Pesquisa no mercado internacional para chegar a uma tabela de preços máximos por tipo de produto, para evitar o contínuo avanço na inflação desses insumos.	Atribuição da ANVISA
Desenvolver câmaras técnicas em saúde para instrumentalizar tecnicamento o Judiciário		Alteração	A judicialização é motivada pelos grandes interesses conflitantes na indicação de procedimentos motivados pela ação indutora da indústria farmacêutica e de OPMEs junto aos prestadores	Credenciamento, por parte da ANS, de um corpo de profissionais de saúde e/ou entidades que estivessem aptos a emitir laudos técnicos à magistratura e às operadoras para formação de junta médica, quando o médico assistente se nega em acordar um terceiro profissional no arbitramento.	Ações já vem sendo desenvolvidas para dialogar com judiciário, inclusive com a publicização de centenas de pareceres técnicos no site da ANS.

1.2 Desenvolver estudos sobre o impacto atual da regulação econômica no setor e sobre modelos alternativos		Inclusão	Aumento das despesas assistenciais em decorrência do envelhecimento das carteiras de plano e sem correspondência nas contraprestações pecuniárias	Implantar modelo de constituição de garantias de longo prazo, através do regime atuarial misto (repartição simples e capitalização). Cada operadoras manterá provisões técnicas de longo prazo, de suporte ao envelhecimento da população, inflação médica, avanço de tecnologias, que causam impactos nos custos assistenciais. Será utilizado para financiar um percentual definido atuarialmente da mensalidade por período vitalício ou temporário.	Não acatado. A ANS estudou e propôs a regulamentação do VGBL Saúde, em conjunto com a SUSEP. Este projeto foi encerrado em 2012 (Agenda Regulatória da ANS 2011/2012), e está em análise no Ministério da Fazenda.
1.4 Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais		Inclusão	O modelo atual para reajustes de planos individuais não considera as características de cada operadora e o impacto dos novos procedimentos no ato de sua implantação	Contemplar o impacto do novo rol desde o início da disponibilização dos serviços. Criar incentivos fiscais e financeiros para a operadora que mantenha alto volume de planos individuais e com alto nível de satisfação, de modo a compensar o alto risco de despesas assistenciais.	Os estudos da nova metodologia de reajuste já prevêem um componente para avaliar o impacto de fatores exógenos, tais como a atualização do Rol de Procedimentos e eventos em saúde da ANS.
	804	Inclusão	Todos os planos de saúde são obrigados a arcar com o tratamento psiquiátrico mínimo de 30 dias, incluindo o tratamento para alcoolismo, maconha, crack, cocaína e outras drogas	Cresce o número de dependentes em drogas, a política de saúde pública deveria ser no sentido de que os planos de saúde arcassem ao menos com 30 dias de internação no intervalo de prazo de um ano, o mínimo exigível para uma desintoxicação. Os planos alegam que haveria oneração apenas para um lado. Passado os 30 dias, aí sim, entraria a co-participação. Os planos cobram já a partir do 15º dia, o que leva a família a pedir alta do paciente sem desintoxicar. O SUS cobre o tempo necessário.	Já consta do Rol. Já é obrigatório
2	821	Inclusão	Evitar a utilização do CID como justificativa para as internações.	Utilização de CID que impede a percepção real do perfil epidemiológico, considerando o motivo das internações. Identificar o perfil de internação da população CASSI e possibilidade de incremento das ações de prevenção e direcionamento do cuidado.	

Incentivo a implementação da atenção primária em saúde	Eixo 2	Inclusão		A implementação da atenção primária em saúde é tido como ponto pacífico para melhoria da atenção à saúde e diminuição de anomalias no modelo de atenção e da rede de assistência, para a maioria dos estudiosos do assunto. Entretanto, fazer pilotos com vistas a tirar este modelo do papel na realidade da saúde suplementar brasileira é um desafio que queremos realizar em conjunto e balizados pela agência reguladora.	OK. Dentro de plano de cuidado
Avaliação de ingresso de novas tecnologias e terapias para as coberturas existentes		Inclusão	As operadoras investem pesado em estudos de Medicina baseados em evidências para aprovar o ingresso de tecnologias e medicamentos, porém de forma isolada, não havendo ganho em escala, inclusive para os gestores públicos.	Criar organismo nacional que organize credenciamento de faculdades de medicina, para avaliação os estudos realizados pelas operadoras e entidades científicas, para que se possa produzir um número de diretrizes de utilização adequados, avalizadas pela ANS.	Discussão dentro do GT do Rol
2.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso	817	Inclusão		1) Deve ser levado em conta os municípios que não possuem estrutura hospitalar e de emergência. 2) Utilização de outro critério para identificação da Rede além do CNES.	Atualmente, os indicadores relacionados à rede assistencial do programa de qualificação já excluem do denominador os municípios que não possuem serviços hospitalares e de urgência e emergência. Encontra-se em estudo a utilização de ferramenta que identificar os serviços efetivamente contratados pelas operadoras junto a sua rede assistencial, de forma a utilizar outro critério para identificação de serviços e recursos da rede.
2.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso	832	Inclusão	Estudos sobre formação dos indicadores assistenciais em saúde	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: Dependendo da ótica empregada (prestadores, usuários ou Operadoras), há grandes divergências na análise conceitual sobre estes Indicadores (número de atendimentos, consultas por especialidade, profissionais credenciados por especialidade, disponibilidade de rede, prazos assistenciais, .....). Propor critérios e mensuração da rede prestadora	A Agenda Regulatória 2011-2012 já se debruçou sobre este aspecto e concluiu que a melhor forma de dimensionar as redes assistenciais é através de indicadores de acesso e não quantitativos. Desta forma, foi iniciado o acompanhamento da garantia de atendimento.

2.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso	833	Alteração		Houve um esforço para garantir o cumprimento dos normativos referentes à garantia de atendimento. Assim, eventual alteração das regras deverá considerar a continuidade das ações já implantadas e a necessidade de prazo para a adoção das novas medidas. O estudo deve partir do pressuposto de que o monitoramento de rede seja realizado em ambiente eletrônico, por ser o único capaz de garantir a agilidade necessária.	Encontra-se em desenvolvimento uma ferramenta eletrônica para inclusão de prestadores e alteração de dados cadastrais no RPS, o que gerará maior agilidade e confiabilidade dos dados sobre a rede assistencial das operadoras. Eventual alteração de regra no monitoramento da garantia de atendimento prezarão pelo prazo necessário para a adoção das medidas contempladas na norma.
2.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso	834	Alteração	Produto Esperado: Estudo sobre novo modelo de monitoramento de rede assistencial, que leve em consideração a dispersão e o perfil de demanda dos beneficiários	Visando suprir as necessidades específicas de cada região e dos beneficiários que lá se encontram	Sugestão acatada.
2.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso	836	Alteração	Antes de se discutir a lógica da garantia de acesso é importante proceder-se a censo da rede assistencial disponível, em nível de microrregião, com indicação de capacidade instalada, especialidades atendidas e padrão de certificação ou de acreditação. Deverá ser prevista rotina de atualização destas informações. A preocupação central é com a proliferação de unidades assistenciais sem padrão adequado de qualidade.	Antes de se discutir a lógica da garantia de acesso é importante proceder-se a censo da rede assistencial disponível, em nível de microrregião, com indicação de capacidade instalada, especialidades atendidas e padrão de certificação ou de acreditação. Deverá ser prevista rotina de atualização destas informações. A preocupação central é com a proliferação de unidades assistenciais sem padrão adequado de qualidade.	A sugestão encaminhada não se enquadra no escopo deste projeto. Sugere-se o encaminhamento desta sugestão à GERPS.

2.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso	837	Alteração	Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso, assim como criar ferramenta de consulta para o consumidor.	O acompanhamento da dispersão da rede pela ANS é de extrema importância, porém, deve ser criada também uma ferramenta que possibilite ao consumidor consultar a rede de uma determinada Operadora assim como compara-la com a rede das demais concorrentes. O georreferenciamento existente, da forma como hoje ele está implementado, não possibilita ao consumidor o conhecimento da distribuição da rede e a comparabilidade entre as Operadoras, o que facilitaria sua escolha no momento anterior à contratação	A viabilidade da proposta será estudada durante o desenvolvimento do projeto.
2.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso	837	Inclusão	Projeto 2.8: Rigor no cumprimento da RN 259	Mesmo com as suspensões já impostas por esta Agência, a demora no agendamento continua sendo a reclamação mais recorrente nos órgãos de defesa do consumidor.	Concordamos com a sugestão. Inclusive, as operadoras que se mantiveram na pior faixa de avaliação nos quatro períodos de 2012 foram encaminhadas para avaliação por parte da Gerência de Direção Técnica. Além disso, a metodologia do monitoramento foi aprimorada para abarcar não só as demandas relacionadas aos prazos de atendimento, mas também todas as demandas sobre negativa de cobertura assistencial.
2.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso	837	Inclusão	Projeto 2.11: Realização de seminários internacionais, com a participação de especialistas multidisciplinares, para discussão de soluções pública-privadas de atenção à saúde dos idosos.	Mesmo com as ações já implantadas pela Agenda Regulatória 2011/2012, que ainda não trouxeram impactos concretos para o sistema, é necessário e imprescindível continuar a discussão em busca de soluções públicas e privadas de atenção à saúde dos idosos.	ok.

2.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso	840	Inclusão	Estudo sobre novo modelo de monitoramento de rede assistencial, observando as peculiares da livre iniciativa da rede assistencial, pois que não regulada, no que tange à garantia de acesso, resguardando-se a segurança jurídica	O papel da OPS mercado regulado é delicado: de um lado, o benef. do sistema, a quem a qualidade a preços baixos devem ser garantidos, além do fato de serem pessoas que não querem buscar a informação; de outro, a rede assist. que, em decorrência do valor, não presta a atenção com boa qualidade; e, por fim, a OPS, única punível, que não tem como fazer com que o prestador siga os preceitos da qualidade e acesso sem que seus valores alcancem os particulares. A mídia, por fim, que só divulga o caos.	A regulação de prestadores e de beneficiários não se encontra no escopo do projeto.
2.1 Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso		Alteração	Concordamos com a necessidade de monitoração das redes, e sugerimos a participação da sociedade e dos órgãos de defesa do consumidor em debates e estudos prévios sobre o tema, anteriormente à Consulta Pública.	A falta de informação clara e adequada sobre as redes aos consumidores permite que as operadoras abusem com recusas e procedimentos indevidos.	A RN nº 285, de 2011, foi publicada para proporcionar maior acesso aos beneficiários às informações sobre sua rede assistencial e seu cumprimento está sendo monitorado pela ANS.
2.2 Qualificar a entrada do beneficiário no plano: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da existência doença ou lesão prévia ao contrato	802	Inclusão	A DLP quando constatada posteriormente, sendo procedimento eletivo deve-se apurar primeiro antes da realização do procedimento	A DLP é um problema sério no setor, tem causado grandes custos. As pessoas sabem que tem varizes e não falam! Vem solicitação e a operadora por norma é obrigada a liberar, depois chega o resultado que ela estava correta na DLP mas o beneficiário não tem condições de reembolsar a operadora, com isso, o prejuízo é certo! Nem está no cálculo!!!!	O escopo do projeto é justamente proporcionar a qualificação da entrada dos beneficiários nos planos privados de assistência à saúde.
2.2 Qualificar a entrada do beneficiário no plano: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da existência doença ou lesão prévia ao contrato	834	Inclusão	Conhecer as práticas já adotadas pelas operadoras. "Fazer cumprir a regra" que possibilita a alegação de DLP mesmo posterior à vigência do cliente no plano, desde que embasado por relatório médico.	Benchmarking para subsidiar as operadoras das melhores práticas adotadas no mercado	Parcialmente acatada. A legislação atual prevê a possibilidade de a operadora alegar doença ou lesão preexistente em até 24 meses contados da data da contratação do plano. Quanto às melhores práticas adotadas no mercado, a sugestão será avaliada durante o desenvolvimento do projeto.

2.2 Qualificar a entrada do beneficiário no plano: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da existência doença ou lesão prévia ao contrato	836	Alteração		Estabelecer padrões de portabilidade de informações médicas dos beneficiários, além de aculturação do consumidor.	Primeira sugestão diz respeito à DIDES e a segunda, à DIFIS.
2.2 Qualificar a entrada do beneficiário no plano: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da existência doença ou lesão prévia ao contrato		Alteração	A proposta não está clara. São necessários esclarecimentos sobre o termo "qualificar a entrada do beneficiário no plano". Solicitamos também esclarecimentos sobre os objetivos e finalidades pontuais dos estudos. Consideramos que a ANS deve estabelecer prazo para a realização de perícias e entrevistas qualificadas por parte da operadora, pois tem sido frequente a prática das empresas em dificultar o acesso de consumidores à contratação e à utilização dos serviços contratados, inclusive, protelando o envio da carteira de identificação do consumidor.	Deve haver nesse tópico um cuidado em relação à discriminação do consumidor portador de qualquer doença ou lesão	Acatada. A sugestão será avaliada durante o desenvolvimento do projeto. Inserir objetivo do projeto.
2.3 Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado	803	Inclusão	Produto Esperado: Estudos para construção de modelo de plano de cuidado e criação de incentivos para sua utilização e implementação pelas operadoras, privilegiando a assistência médica domiciliar como alternativa à permanência em ambiente hospitalar.	Manutenção da viabilidade econômico-financeira da operadora.	? Concorda com tema



2.3 Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado	811	Alteração		Deixar claro o significado de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado. A referência é produto/plano de saúde baseado em APS? Deve constar, explicitamente, estímulo ao desenvolvimento de produtos/planos de saúde com novo modelo assistencial baseado na APS.	ok.
2.3 Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado	821	Inclusão	Estudar alternativas de incentivo/redução a partir do foco na não doença (resultado - longitudinalidade)	Foco na doença e remuneração focada em procedimentos. Valorizar os prestadores a partir dos resultados em saúde e da utilização de protocolos assistenciais baseados em evidências.	Ok
2.3 Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado	832	Inclusão	Definir formas de participação e remuneração diferenciada para equipes profissionais envolvidas em processos de Promoção a Saúde e Prevenção de Doenças	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: Os atuais mecanismos de remuneração de prestadores estão centrados no atendimento da doença, não havendo mecanismos adequados de remuneração de procedimentos da Medicina Preventiva. Necessário transferência de recursos oriundos da economia com a prática preventiva em detrimento da prática assistencial curativa	Ok
2.3 Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado	834	Inclusão	Produto Esperado: Criar incentivos no IDSS para as operadoras que praticam o modelo assistencial centrado na Atenção Primária e Plano de Cuidados.	Deixar claro o incentivo para o modelo assistencial centrado na Atenção Primária e Plano de Cuidados.	Ok.
2.3 Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado		Alteração	Consideramos a proposta incoerente, pois a Agência alega defender a acessibilidade aos serviços, porém critica o "excesso de especialização". A Fundação Procon-SP se manifesta contrariamente à implementação de uma sistemática que restrinja o direito e o acesso do beneficiário às especialidades necessárias à sua saúde.	O consumidor não deve ter o atendimento de sua saúde prejudicado por causa de "alto custo" e/ou "complexidade". A prestação do serviço é remunerada pelo consumidor para atender às suas necessidades, e o direito de escolha da especialização, garantido pelo artigo 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/98, não pode ser suprimido. Tal medida afrontaria, inclusive, princípios constitucionais.	Haverá espaço para essa discussão ao longo do trabalho

2.4 Estudar alternativas para permitir/estimular o incentivo financeiro nas ações de promoção e prevenção	817	Inclusão		Avaliar o incentivo pelo abatimento no recolhimento da TPS.	Precisa alterar lei 9656
2.4 Estudar alternativas para permitir/estimular o incentivo financeiro nas ações de promoção e prevenção	832	Inclusão	Elencar mecanismos de monitoramento de qualidade assistencial, evitando distorções que envolvam desassistência ou limitações	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: Os estímulos financeiros também deverão ser destinados as equipes profissionais envolvidas na prestação de serviços e ações de promoção a saúde e prevenção da doença Com a criação de mecanismos de monitoramento, será possível evitar práticas de limitações a indicações ou processos assistenciais	Haverá espaço para essa discussão ao longo do trabalho
2.4 Estudar alternativas para permitir/estimular o incentivo financeiro nas ações de promoção e prevenção	833	Alteração		Sugere-se a flexibilização das regras para que as operadoras possam realizar investimentos dentro das suas possibilidades. O modelo atual exige padrões muito complexos, os quais necessitam de um alto investimento inicial.	Critérios já são mínimos se comparados a literatura, mas serão revistos ainda no ano de 2013
2.4 Estudar alternativas para permitir/estimular o incentivo financeiro nas ações de promoção e prevenção	838	Exclusão	Produto Esperado: Estudos para estímulo por incentivos financeiros para a implementação de ações de promoção e prevenção pelas operadoras, bem como o desenvolvimento de padrões de bônus e ônus aos beneficiários.	Antes de se lançar a culpa no modelo assistencial, deve-se ponderar sobre o nível educacional e cultural do consumidor. Não há programa que resista ao comportamento oportunista do ser humano, caso preveja unicamente benefícios que não estejam sujeitos à reversão.	Haverá espaço para essa discussão ao longo do trabalho
2.4 Estudar alternativas para permitir/estimular o incentivo financeiro nas ações de promoção e prevenção		Alteração	Concordamos com o estímulo à saúde preventiva, sugerindo o amplo debate com a participação da sociedade e das entidades de defesa do consumidor Frisamos a importância de monitoramento contínuo dos programas de prevenção, para que possam efetivamente contribuir para a saúde do consumidor, nos termos da contribuição desta Fundação para a Consulta Pública nº 42/11.	O incentivo e programas de prevenção à saúde poderão reduzir significativamente os custos das operadoras, ao mesmo tempo em que preserva e garante a saúde do consumidor/beneficiário	ok.

3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde 4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias	832	Inclusão	<b>INCLUSÃO:</b> - Projeto 7.9: Definição como sendo da ANS a prerrogativa da deliberação de valores mínimos de remuneração a rede prestadora ou como sendo a entidade responsável na sua arbitragem <b>PROPOSTA</b> Permitir que ANS participe de forma mais ativa na regulação do relacionamento entre Prestadores e Operadoras	<b>EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS</b> impacto na precificação mínima dos produtos, evitando práticas predatórias entre as operadoras e eventuais desabastecimentos	
4.1 Desenvolver estudos sobre a estrutura produtiva do setor	837	Inclusão	Projeto 4.5: Análise, estudo e propostas, MS/ANS/CADE, sobre a verticalização da rede de serviços em algumas operadoras	É necessário e imprescindível para todo o sistema conhecer os impactos concorrenciais da verticalização da rede de serviços em algumas Operadoras, assim como sua influência no acesso e na qualidade assistencial dessa rede.	
4.1 Desenvolver estudos sobre a estrutura produtiva do setor	837	Inclusão	Projeto 4.6: Análise, estudo e propostas, MS/ANS/CADE, sobre a concentração da rede de serviços diagnósticos e hospitalares em alguns grupos econômicos	É preciso não só acompanhar as fusões de Operadoras, mas também os impactos concorrenciais de eventual concentração de serviços de diagnósticos e hospitalares em alguns grupos econômicos, o que pode influenciar no preço e qualidade do plano de saúde.	
4.3 Avançar na Portabilidade de Carências para planos coletivos empresariais	825	Alteração	<b>Problema:</b> Da análise dos resultados, não foram identificados impactos significativos na atividade das operadoras a partir da implementação dos normativos, dado o baixo volume de portabilidades exercidas <b>Produto Esperado:</b> Uma portabilidade que funcione, que os beneficiários consigam utilizar, construída a partir de dados reais e não com soluções prontas que são recomendadas sem se realizar uma AIR anterior.	Ver: <a href="http://www.assetans.org.br/redesocial/file/view/15225/reflexoes-sobre-a-agenda-regulatoria-da-ans-portabilidade-reajustes-e-administradoras-de-beneficios">http://www.assetans.org.br/redesocial/file/view/15225/reflexoes-sobre-a-agenda-regulatoria-da-ans-portabilidade-reajustes-e-administradoras-de-beneficios</a>	As regras de portabilidade foram construídas em Câmara Técnica, com a participação de todos os atores do mercado. As normas editadas pela ANS visam o equilíbrio do setor.

4.3 Avançar na Portabilidade de Carências para planos coletivos empresariais	836	Exclusão		O mercado já pratica portabilidade, na forma de compra de carências. Estudos de amplo espectro devem avaliar qualitativa e quantitativamente os efeitos da "seleção adversa" e do "risco moral", conjuntamente com o modelo de formação de preços e suas revisões.	Acatado. As regras de portabilidade foram construídas em Câmara Técnica, com a participação de todos os atores do mercado. A compatibilidade de produtos estabelecida no Guia de Planos da ANS já levam em consideração os efeitos da seleção adversa e do risco moral. As normas editadas pela ANS visam o equilíbrio do setor, e serão construídas por meio de Câmara Técnica.
4.3 Avançar na Portabilidade de Carências para planos coletivos empresariais		Alteração	Entendemos que os debates prévios, antes da abertura de Consulta Pública são necessários, permitindo a ampla participação social. Defendemos a ampliação da portabilidade	Estamos de acordo com a necessidade de expansão da Portabilidade, pois, além de estimular o mercado – gerando consequente concorrência e, com a concorrência, o possível aumento qualidade – os consumidores exercem o direito de escolha tanto aos contratos antigos quanto aos planos empresariais	As novas regras de portabilidade serão construídas em Câmara Técnica, com a participação de todos os atores do mercado. As normas editadas pela ANS visam o equilíbrio do setor.
4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias	812	Inclusão	1- Problema: As operadoras tem colocado no mercado planos coletivos por adesão e elas comercializam, deixando assim de oferecer o plano Individual. " Motivo" o reajuste aplicado somente o autorizado pela ANS é LIMITADO. Já no coletivo é livre negociação com a entidade. 2 - Problema: Falta de operadoras para que seja feita uma cotação antes da aquisição do plano.	1- "Motivo" o reajuste aplicado somente o autorizado pela ANS é LIMITADO. Já no coletivo é livre negociação com a entidade. 2-As operadoras, na sua maioria 99,9% as " COOPERATIVAS" limitam a área de atuação, ou seja se você mora no interior não pode adquirir plano na capital e vice versa. Isso é um cartel você é obrigada adquirir plano da operadora que atua na cidade que você reside. INCENTIVO A CONCORRÊNCIA É ACABAR COM ISSO.	
4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias		Alteração	Para monitorar a falta de informação e saber onde as pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos estão falhando, é preciso que a ANS ouça os beneficiários e os órgãos de defesa do consumidor. Concordamos com a necessidade de revisão das Resoluções	O consumidor não deve ser prejudicado pela falta de informação, clara, adequada e precisa.	

5.1 Munir o beneficiários com informações sobre saúde e direitos assistenciais, com ênfase na utilização das diretrizes clínicas	821	Exclusão		Munir o beneficiário com informações sobre saúde e direitos assistenciais, com ênfase na utilização de diretrizes clínicas. A divulgação e o acesso à informação pelos usuários é central em qualquer sistema, entretanto nos preocupa o que foi pensado sobre informação em saúde, ainda mais atrelado a diretrizes clínicas. Poderá gerar necessidades e demandas indevidas dos nossos participantes, uma vez que os direitos assistenciais estão determinados nos contratos entre as partes e na legislação.	Ok
5.1 Munir o beneficiários com informações sobre saúde e direitos assistenciais, com ênfase na utilização das diretrizes clínicas	832	Inclusão	Restabelecer o convênio com a AMB visando a elaboração de novas Diretrizes Clínicas	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: A AMB já possui expertise suficiente para desenvolvimento de novas diretrizes assim como na atualização das atualmente existentes	Ok
5.1 Munir o beneficiários com informações sobre saúde e direitos assistenciais, com ênfase na utilização das diretrizes clínicas	836	Alteração	Produto Esperado: Levar informação em saúde aos beneficiários de planos de saúde envolvendo o prestador de serviço.	A assimetria da informação se concentra em nível da relação entre o beneficiário e o prestador de serviço. Propõe-se a criação de tabela de patologias (CID-10) e procedimentos (TUSS) aplicáveis a cada uma. Tais informações se complementarão com obrigatoriedade dos prestadores indicarem o código CID-10 nas guias de atendimento, tornando-se fonte de informação estatística para as operadoras e a sociedade.	?
5.1 Munir o beneficiários com informações sobre saúde e direitos assistenciais, com ênfase na utilização das diretrizes clínicas		Alteração	Não basta informar o beneficiário, mas a linguagem utilizada deve ser acessível e alcançar o entendimento do consumidor comum.	Muitas vezes a linguagem utilizada é demasiadamente técnica, dificultando a compreensão.	ok.

5.4 Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores	811	Alteração		Reforçar necessidade de reavaliar o indicador de NIP, conforme reivindicação já levada com o devido embasamento teórico à ANS, pela Superintendência de Regulação com relação à RN nº 259. Propor que qualquer indicador de avaliação de resultados das operadoras sejam com estas discutidos. Fazer com a NIP e indicadores, da mesma forma que foi feito com a RN nº 259.	ok.
3 – Regras de substituição para hospitais, clínicas e profissionais credenciados;		Inclusão		A legislação atual, quanto a obrigatoriedade de comunicação da operadora ao beneficiário, vem sendo descumprida em caso de descredenciamento. É necessário que a ANS não só fiscalize o aviso prévio como também tratar a questão do descredenciamento de médicos e clínicas laboratoriais.	Sugestão não acatada. A Lei não prevê a obrigatoriedade ou autorização da ANS para prestadores não hospitalares.
4 – Ampliação da fiscalização do cumprimento dos prazos de atendimento da RN 259/2011 e negativa de coberturas-fiscalização ativa, em parceria com órgãos de defesa do consumidor e Poder Judiciário	Novo Eixo	Inclusão		Para o Idec, é fundamental que a ANS acompanhe, ativamente, o cumprimento dos prazos de atendimento e negativas de cobertura, por parte das operadoras de saúde, aplicando as sanções administrativas cabíveis às operadoras. Para ser efetiva nessa ação, a ANS deveria considerar não somente as denúncias de consumidores por meio das NIPs (Notificações de Investigação Preliminar), mas também os dados de órgãos de proteção ao consumidor, como Procon, Defensorias Públicas, Ministério Público e o Poder Judiciário, a fim de obter maiores números referentes a consumidores que não tiveram os prazos de atendimentos respeitados e que não procuraram a Agência.	A ANS acompanha continuamente o cumprimento dos prazos de atendimento, inclusive, as operadoras que se mantiveram na pior faixa de avaliação nos quatro períodos de 2012 foram encaminhadas para avaliação por parte da Gerência de Direção Técnica. Além disso, a metodologia do monitoramento foi aprimorada para abarcar não só as demandas relacionadas aos prazos de atendimento, mas também todas as demandas sobre negativa de cobertura assistencial.

<p>5 - Regulação de outras formas de serviços de saúde suplementar que não sejam prestados por operadoras ou seguradoras (cartões de desconto; cartões pré-pagos e descontos em saúde ofertados por funerárias).</p>	<p>Novo Eixo</p>	<p>Inclusão</p>		<p>Os consumidores desses serviços enfrentam problemas semelhantes aos dos consumidores de planos e seguros de saúde, mas não têm a tutela regulatória desta Agência. Dessa forma, entendemos que no próximo biênio a regulação da ANS deva abarcar esse setor da saúde suplementar para que, assim como ocorre nos planos e seguros de saúde, os consumidores fossem respaldados por normatização e fiscalização administrativas das seguintes garantias, entre outras: (i) padrões de qualidade dos serviços prestados; (ii) prazos de atendimento; (ii) controle e fiscalização dos preços praticados pelas empresas; (iv) proibição de rescisão unilateral do contrato pela empresa; (v) possibilidade de denúncia à Agência de práticas abusivas e intermediação na solução de conflitos; (vi) coberturas mínimas obrigatórias; e (vii) salvaguarda, por meio de regulação, dos direitos previstos no Código de Defesa do Consumidor.</p>	<p>Quanto à sugestão de normatização de prazos de atendimento, a ANS publicou a RN nº 259, de 2011 e acompanha, continuamente, o seu cumprimento por meio do Acompanhamento da Garantia de Atendimento. Inclusive, as operadoras que se mantiveram na pior faixa de avaliação nos quatro períodos de 2012 foram encaminhadas para avaliação por parte da Gerência de Direção Técnica. Além disso, a metodologia do monitoramento foi aprimorada para abarcar não só as demandas relacionadas aos prazos de atendimento, mas também todas as demandas sobre negativa de cobertura assistencial. No que se refere à proibição de rescisão unilateral de contratos coletivos, não há previsão na Lei, de forma que apenas é possível a regulamentação de aspectos relativos à forma da rescisão e não sua proibição.</p>
--	------------------	-----------------	--	--	---

<p>2.5 Implantar o programa QUALISS de divulgação e de monitoramento da qualidade dos prestadores</p>	<p>832</p>	<p>Inclusão</p>	<p>Definição de forma clara os mecanismos de avaliação de prestadores</p>	<p>EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: Os critérios de análise da qualidade devem conter mecanismos claros de mensuração da melhoria de indicadores do prestador A divulgação deverá utilizar de critérios éticos, evitando distorções assistenciais</p>	<p>O Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – Qualiss Indicadores - regulamentado pela Resolução Normativa n° 275 de 1º de novembro de 2011, tem por principal objetivo a disseminação de dados assistenciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I. Aos beneficiários, visando o aumento de sua capacidade de escolha;</li> <li>II. Aos prestadores, visando o fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho; e</li> <li>III. Às operadoras de planos privados de assistência à saúde, visando a uma melhor qualificação de suas redes assistenciais.</li> </ul> <p>O Programa consiste em um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados. Foram definidos pelo Comitê Gestor do Qualiss – COGEP – 26 indicadores essenciais e 10 indicadores recomendáveis. Os domínios avaliados no Programa são: Segurança, Efetividade, Eficiência, Acesso, Equidade e Centralidade no Paciente. Todos os resultados publicizados serão tratados estatisticamente e os prestadores somente serão comparados em grupos homogêneos que guardem características semelhantes com relação ao porte e o perfil de atendimento do hospital. Os ciclos de avaliação serão mensais tanto para coleta quanto para o envio dos dados.</p> <p>São elegíveis para participar do Programa todos os prestadores de serviços que integram a rede de alguma operadora de plano privado de saúde.</p>
---	------------	-----------------	---	--	--



2.5 Implantar o programa QUALISS de divulgação e de monitoramento da qualidade dos prestadores	834	Inclusão	Criar indicador no IDSS, como pontuação bônus, na dimensão Estrutura e Operação, para as operadoras que disponibilizarem os indicadores do QUALISS relativos a seus prestadores.	Incentivar às operadoras a disponibilizarem os indicadores do QUALISS relativos a seus prestadores.	Já há uma discussão interna na ANS para avaliar como integrar os dois Programas: a qualificação das operadoras e a qualificação de prestadores. A avaliação de desempenho das operadoras é realizada através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência. Esses indicadores são agregados em quatro dimensões, sendo que cada uma possui um peso diferente na formação do IDSS. Poderão ser criados indicadores tanto para a dimensão atenção à saúde e estrutura e operação.
2.5 Implantar o programa QUALISS de divulgação e de monitoramento da qualidade dos prestadores	838	Alteração	Projeto: 2.5 - Implantar o programa QUALISS de divulgação e de monitoramento da qualidade dos prestadores, inclusive aplicando as metodologias da mediana por evidência.	Por ser aceita mundialmente e tratar-se de tendência geral as metodologias da medicina por evidências para classificação da rede assistencial, utilizando, inclusive, os dados das próprias operadoras, trará benefícios ao setor saúde suplementar.	Pertinente a proposta de utilizar a melhor evidência científica na construção dos indicadores, das metas e parâmetros, o que <b>já é contemplado</b> na metodologia do Programa Qualiss. Porém, na sugestão há a proposta de aplicação da metodologia da medicina baseada em evidências para classificação da rede hospitalar, o que <b>não se aplica</b> . A classificação da rede utilizada pelo Qualiss Indicadores foi adaptada da Portaria MS 2.224/2002, que é amplamente aceita e utilizada por considerar os recursos físicos e de estrutura do hospital.

<p>2.5 Implantar o programa QUALISS de divulgação e de monitoramento da qualidade dos prestadores</p>		<p>Alteração</p>	<p>Concordamos que existe atualmente uma deficiência quanto aos parâmetros e critérios de qualidade, refletindo em distorções nos resultados. Entendemos, no entanto, que apenas o programa de qualificação que atribuiu um selo à operadora não será o suficiente para garantir a qualidade do serviço ao consumidor. Para tanto, é necessário ouvir os beneficiários e consultar constantemente os órgãos de defesa do consumidor para monitorar as reclamações registradas. As operadoras e os prestadores devem utilizar linguagem simples, universal e unificada. Com as padronizações, as operadoras poderão ter sua qualidade exigida, pois passarão a ser melhor comparadas, e a concorrência conseqüentemente se elevará, movimentando o mercado. Para tanto, será preciso implementar critérios claros, inclusive na proposta de discussão do tema, de maneira concreta, a tornar efetiva a análise da Consulta Pública. Sugerimos ampla discussão sobre o tema</p>	<p>Os atuais indicadores são complexos e ininteligíveis ao consumidor, sendo necessária sua reformulação. Os pesos atribuídos aos indicadores também apresentam distorções aos resultados finais. Daí a necessidade de se elaborar critérios diretos e objetivos para monitorar constantemente a qualidade real dos serviços e das operadoras. Para isso, é indispensável que a ANS não se baseie apenas em dados de atendimentos das operadoras, descartando informações relevantes dos beneficiários e dos órgãos de defesa do consumidor para a melhoria da qualidade.</p>	<p>Os critérios de avaliação e monitoramento da qualidade dos prestadores de serviços de saúde suplementar são objetivos, claros e baseados em modelos de avaliação em saúde já consagrados e que se aplicam à realidade brasileira. Os indicadores do Programa Qualiss – módulo indicadores hospitalares – compõem 6 domínios de avaliação, que abrangem os principais aspectos da qualidade e segurança do paciente em ambiente hospitalar.</p> <p>O Qualiss Indicadores não atribui um selo de qualidade aos prestadores de serviços de saúde suplementar. O Programa irá publicar informações relativas aos indicadores de qualidade da assistência permitindo uma escolha mais fundamentada dos prestadores de serviços, inclusive com possibilidades de comparação. Para os prestadores de serviços, esta iniciativa induz a um processo de <i>benchmarking</i>, de busca por melhores práticas, induzindo a melhoria da qualidade em relação ao seu próprio desempenho, ao longo do tempo e em relação a outros prestadores de mesma natureza. Por outro lado, as Operadoras poderão utilizar essas informações para a composição de sua rede assistencial e para estruturar modelos de gestão e remuneração por resultados (<i>pay-for-performance</i>).</p> <p>Já o Programa de Acreditação de Operadoras tem por objetivo certificar a qualidade das operadoras de planos de saúde, nos aspectos da administração, da estrutura e da operação dos serviços de saúde oferecidos, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, a partir de 03/05/2013, obrigatoriamente habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).</p>
---	--	------------------	---	---	--

3.1 Avaliar e divulgar novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar	832	Inclusão	Incluir definições sobre indicadores de remuneração hospitalar vinculado a qualificação de equipes médicas de atendimento hospitalar	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: Os prestadores hospitalares muitas vezes desconsideram a remuneração das equipes médicas de atendimento hospitalar na elaboração de suas planilhas de cálculo de custos Os honorários médicos muitas vezes são colocados como moedas de troca na negociação de diárias e taxas hospitalares	É importante desenvolver indicadores de qualidade que vinculem o desempenho do prestador hospitalar ao desempenho e qualificação das equipes médicas. Contudo, como na maioria das vezes o relacionamento dos médicos é direta com a operadora, não há total governabilidade do prestador hospitalar sobre as equipes e sua remuneração.
3.1 Avaliar e divulgar novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar	834	Alteração	Problema: Há distorção da remuneração entre materiais e a assistência. Não temos hoje medida de qualidade assistencial satisfatória para modificar remuneração final dos hospitais. Produto Esperado: Desenvolver análise criteriosa das sistemáticas propostas, com a elaboração de um guia prático de implantação com base nas avaliações do projeto-piloto.Fazer uma pesquisa nas operadoras para seleção de candidatos ao projeto-piloto.Elaborar metodologia de realocação de valores.	Estipular uma precificação adequada de materiais em benefício da valorização da assistência	A contribuição relata exatamente o que se pretende na agenda regulatória para o projeto dos novos modelos de remuneração dos hospitais.
3.1 Avaliar e divulgar novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar	840	Inclusão	Desenvolver análise criteriosa das sistemáticas propostas, com a elaboração de um guia prático de implantação com base nas avaliações do projeto-piloto. O guia observará liberdade de contratação entre a rede assistencial hospitalar e as OPS e a segurança jurídica.	Considerando a liberdade de contratação, o guia deverá fomentar a medição da qualidade assistencial do prestador. Outro ponto é buscar unidade com os órgãos de classe.	A contribuição relata exatamente o que se pretende na agenda regulatória para o projeto dos novos modelos de remuneração dos hospitais.
3.1 Avaliar e divulgar novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar		Alteração	A proposta não está clara	Frisamos que as distorções de remuneração apontadas entre as operadoras e os prestadores de serviços não devem, em nenhuma hipótese, ser repassadas ao consumidor.	Não há qualquer previsão nos novos modelos de transferência das distorções do atual modelo de remuneração para os consumidores. A proposta é desenvolver uma cultura de gestão de serviços de saúde, onde prevaleça a eficiência e a racionalização dos recursos, para todos os envolvidos.

3.2 Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos	801	Alteração	Os honorarios médicos serão discutidos exclusivamente com o seu médico. Após o procedimento, o usuário irá ao seu plano solicitar o reembolso , parcial ou total do valor pago, dependendo do plano escolhido	Medico é profissional Liberal . Enquanto vocês continuarem a dar o quanto querem pagar e quando querem pagar, se pagar , vai continuar a bagunça , com excessos de exames, excessos de materiais descartáveis, excessos de cirurgias sem nenhuma indicação..... Honorario medico , cada um tem o seu. Desvincule o honorario do plano de saude. Plano somente para hospital, exames e para materiais descartáveis. Igual a um seguro de carro. Usou , pagou a franquia. Resolve o sistema.	O marco legal prevê a cobertura pelas operadoras de todos os custos assistenciais. Os profissionais de saúde possuem a faculdade de contratar com as operadoras que desejar.
3.2 Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos	802	Alteração	Um procedimento deverá ter um único código, independente dos demais serviços/procedimentos necessários para o principal.	O que acontece é uma cirurgia de joelho é relacionado vários códigos de procedimentos, parecendo que uma cirurgia é 10, justamente para aumentar a remuneração médica. Para cortar tem um código, para furar outro código e a artroscopia de joelho (p.ex.:) é uma única cirurgia.	A agência está desenvolvendo a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), na qual os códigos já são padronizados. Porém, a relação dos procedimentos é desenvolvida em conjunto com a Associação Médica Brasileira. Ressaltamos apenas que não podemos ter um código único para procedimentos distintos. A ANS já vem estimulando novas formas de remuneração onde haja maior racionalização administrativa. Vide novos modelos de remuneração para os hospitais.
3.2 Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos	811	Alteração		Dúvida: o que está escrito é o que a Associação Médica já fez e atualiza, a Tabela CBHPM? A ANS irá propor uma nova Tabela CBHPM, com uma nova metodologia?	A ANS está propondo a regulamentação da hierarquização. A idéia é adotar um modelo mais transparente e com governança compartilhada para o setor.
3.2 Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos	832	Exclusão	Utilização dos critérios desenvolvidos pela Associação Médica Brasileira na elaboração da Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: Somente os profissionais que detem informações técnicas da execução dos procedimentos, tem condições de ponderar questões de suas hierarquizações	A proposta é que a hierarquização regulamentada tenha como proposta inicial os portes da CBHPM e suas atualizações sejam geradas a partir das entidades representativas com conhecimento técnico para isso.
3.2 Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos	834	Exclusão		Não é escopo da Agência e sim do CFM	A ANS está propondo a regulamentação da hierarquização. A idéia é adotar um modelo mais transparente e com governança compartilhada para o setor.

3.2 Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos	841	Exclusão		Conforme posicionamento anterior da SBPC/ML sobre a Primeira Reunião da Câmara Técnica sobre Hierarquização DIDES-ANS, ocorrida no dia 16 de fevereiro de 2012, entendemos que o assunto Hierarquização de Procedimentos, deve continuar sendo tratado por Câmara Técnica específica na Associação Médica Brasileira, através da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, com participação de todos os setores envolvidos (AMB, FENAM, CFM, UNIDAS, UNIMED, FENASAÚDE e ABRANGE).	A proposta da ANS não inviabiliza a Câmara Técnica da AMB. É fundamental que as contribuições para a atualização da hierarquização regulamentada pela ANS sejam elaboradas por entidades de reconhecido conhecimento técnico. Um dos objetivos da regulamentação pela ANS é trazer mais transparência e fundamentação em critérios técnicos para a atualização.
3.2 Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos		Alteração	Apresentação e ampla divulgação dos estudos à sociedade		Um dos objetivos da regulamentação pela ANS é trazer mais transparência e fundamentação em critérios técnicos para a hierarquização.
3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde	806	Inclusão	Supervisionar os contratos entre prestadores e operadoras	Os contratos entre prestadores e operadoras muitas vezes não atendem as regras estabelecidas pela ANS. O prestador é coibido de denunciar pois corre o risco do descredenciamento. Se os contratos fossem previamente avaliados pela ANS para ver se atendem a regulamentação da mesma este problema acabaria.	O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já trata do tema. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.

<p>3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde</p>	<p>808</p>	<p>Inclusão</p>	<p>Novo Produto Esperado: Reduzir cobranças e glosas indevidas através de criação de regras que regulem e penalizem tais ocorrências, com cobrança de multas que restituam o custo de capital, com pagamento em prazo máximo de 15 dias. Para a avaliação desses casos, sugerimos a criação de uma câmara de arbitragem, cujo custo de funcionamento e de cada ação deverá ser imputado àquele que tiver praticado a infração.</p>	<p>O problema de relacionamento entre Operadoras e Prestadores não se resume exclusivamente a rotatividade da rede prestadora de serviços e a descredenciamentos. Há manifestações de técnicos da ANS sobre publicação de novo marco regulatório ref. a contratualização, este sim um problema que necessita de solução urgente. Entendemos que é preciso restabelecer os vínculos de confiança entre participantes do mercado (pagadores, prestadores de serviços, médicos e clientes) e consideramos urgente a adoção da medida acima sugerida, a fim de salvaguardar o equilíbrio das relações do setor, bem como sua sustentabilidade (perenidade). É preciso que este assunto se reflita de forma clara na agenda regulatória.</p>	<p>O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já trata do tema. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.</p>
<p>3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde</p>	<p>817 - Eixo 3 - Projeto 3.3 - Luiz Nivaldo da Silva</p>	<p>Inclusão</p>		<p>1) Aplicar uma forma educativa no tratamento com os prestadores face à sua autoridade de governo. Por exemplo: preenchimento correto dos campos obrigatórios das guias do padrão TISS pelos prestadores; 2) Definição de prazo para retorno de consulta médica para mesmo CID;</p>	<p>O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já trata do tema. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.</p>

<p>3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde</p>	<p>828</p>	<p>Inclusão</p>	<p>Normatizar, através de regras claras que constem em Instrução Normativa da ANS, para descredenciamentos de qualquer prestador, não somente para hospitais (consta na Lei 9656/98).</p>	<p>Operadoras esquecem propositadamente de publicar os nomes de prestadores nos manuais. Esta prática é utilizada para isolar o prestador. O descredenciamento é total ou parcial (atendimento de algumas especialidades e as demais encaminhamento à um outro já previamente negociado). Causa: REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE PRESTADORES. O usuário adquiriu plano com determinado prestador, criou confiança profissional e utilizou. Próximo atendimento é informado do descredenciamento e inicia tudo novamente.</p>	<p>A ANS vem desenvolvendo normas que disciplinem a divulgação da rede de prestadores, tanto nos sites quanto nos guias de prestadores. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. As sugestões sobre regras para descredenciamento poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.</p>
<p>3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde</p>	<p>829</p>	<p>Inclusão</p>	<p>Tornar obrigatória cláusula que determina pagamento aos prestadores de serviços, de multa e correção monetária (pró-rata dia) pelas operadoras, sempre quando houver atrasos, pagamentos parciais ou falta de pagamento total, oficialmente não justificados, referentes aos pagamentos devidos aos prestadores. Tal providencia deverá abranger também os recursos de glosas enviados pelos prestadores às operadoras. Os índices serão os oficiais do mercado e normalmente utilizados pelo sistema bancário.</p>	<p>Prestadores recebem muitas vezes meses após o prazo correto e por culpa da operadora, nada é compensado financeiramente por esta demora. No entanto, quando o beneficiário da operadora efetua o pagamento da mensalidade do plano com atraso automaticamente o banco recebedor calcula com multas e correções.</p>	<p>O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já contempla a sugestão. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.</p>

3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde	831	Inclusão	Facilitar comunicação entre operadoras e prestadores. Induzir a prática de feedback entre contratante e contratado nas diversas esferas administrativas, não apenas, através dos protocolos emitidos via sistema XML.	Na prática as operadoras não demandam de profissionais para prestar atendimento aos prestadores que por algum motivo tiveram dificuldades ou divergências referentes ao trabalho administrativo que envolve todo processo de faturamento, inclusive no relacionamento contratual. Prestador fica sem respostas ou até sem retorno telefônico de quem ele procurou, principalmente prestadores de menor capacidade financeira.	O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já trata do tema. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.
3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde	832	Inclusão	Estabelecimento de novos critérios de contratualização, definindo com maior clareza critérios de obrigações e direitos entre as partes	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: As atuais premissas contratuais exigidas normativamente, não permite um perfeito equacionamento e mensuração da rede e disponibilidade assistencial	O marco legal da saúde suplementar tem como direito do prestador efetuar contratos com número ilimitado de operadoras. Isso inviabiliza uma análise de prestadores por operadora, considerando que a rede existente é compartilhada. A forma mais objetiva de realizar a avaliação da suficiência de rede é através do tempo de atendimento, conforme realizado pela ANS.
3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde	832	Inclusão	Estabelecer formas de remuneração e de reajustes Definir que os prestadores possam ser representados por suas entidades de classe em negociações coletivas	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: A prática de reajustes inferiores a indicadores inflacionários de mercado ocasiona distorções, inviabilizando a prestação de serviços de qualidade, levando a práticas predatórias Existe uma assimetria de forças quando da negociação de reajustes por prestadores isolados ou individuais, diante de grandes corporações de Operadoras de Saúde. Assim sendo, a negociação coletiva, através de representantes de entidades de classe, poderiam colocar em um mesmo patamar os participante	O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já trata do tema. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.



3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde	833	Alteração		Qualquer aperfeiçoamento nas regras de relacionamento entre operadoras e prestadores não deve esvaziar/anular a livre negociação.	O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já trata do tema. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.
3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde	834	Inclusão	Produto Esperado: Criação de parâmetros claros, definidos pela operadora, para descredenciamento devido à risco assistencial	É necessário que os parâmetros de descredenciamento estejam claros para dar maior estabilidade ao sistema de saúde suplementar	O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já trata do tema. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.
3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde	838	Alteração	Problema: Há desnível na relação contratual entre operadoras e prestadores de menor porte; instabilidade nos produtos oferecidos, por descredenciamento de prestadores; não há disciplina em relação à qualificação e adoção do padrão de troca de informações, bem como o inverso é verdadeiro nos casos de monopólio de prestadores de determinado serviços em nível regional.	O eventual desnível apontado pela ANS tem mão dupla. Em comunidades de menor densidade demográfica, ocorre exatamente o inverso: operadoras pressionadas por um modelo branco de oligopólio, formado pelos prestadores existentes. Os instrumentos contratuais devem prever, também, a impossibilidade do descredenciamento do prestador por iniciativa deste, antes da conclusão da vigência contratada, salvo por comum acordo.	O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já trata do tema. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.

<p>3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde</p>	<p>841 - Eixo 3 - Projeto 3.3</p>	<p>Inclusão</p>	<p>Problema: Há desnível na relação contratual entre operadoras e prestadores de menor porte; descumprimento frequente de contrato por parte das operadoras; falta de regulação efetiva, por parte da ANS, dos contratos firmados entre operadoras e prestadores; instabilidade nos produtos oferecidos, por descredenciamento de prestadores; não há disciplina em relação à qualificação e adoção do padrão de troca de informações.</p>	<p>Já há varios anos, vimos observando morosidade por parte da ANS, nas questões relacionadas a contratualização, penalizando os laboratórios clínicos, principalmente de menor porte, que possuem menor poder de barganha junto as operadoras. As regras contratuais continuam sendo desrespeitadas pelas operadoras, principalmente no que se refere a cláusulas de reajuste e descredenciamento. A ANS, através da IN 49 que já foi postergada, fez uma tentativa sem o menor efeito, a respeito destes reajustes.</p>	<p>O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já contempla a sugestão. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.</p>
<p>3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde</p>		<p>Alteração</p>	<p>Observamos que os constantes problemas de relacionamento entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde, prestadores de serviços e profissionais da saúde têm prejudicado muito o consumidor. As eventuais divergências, entre os profissionais da rede credenciada e as operadoras de planos de saúde, sobre os termos dos contratos que envolvem tal relação, em nenhuma hipótese devem prejudicar a parte mais fraca da relação - os consumidores.</p>	<p>A rotatividade dos profissionais das prestadoras de serviço de assistência à saúde prejudica o consumidor de modo muito grave. Incentivamos as negociações entre operadoras e profissionais, desde que os ajustes não onerem o consumidor - parte mais fraca da relação. Novamente exemplificamos com o Parecer nº 39/12 do CFM, sobre a cobrança de honorários do obstetra por sua "disponibilidade" que onera excessivamente a parte mais fraca da relação – o consumidor.</p>	<p>O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já contempla a sugestão. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano.</p>

<p>3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde</p> <p>5.4 Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores</p>	832	Inclusão	<p>Projeto 5.7 - Estabelecer bases da política de relacionamento entre operadoras e PRESTADORES, PROPOSTAS:</p> <p>Estabelecer pesquisa de satisfação do prestadores com relação a Operadora, envolvendo critérios de: formas e prazos de remuneração e glosas, níveis de interferência o relacionamento do prestador com o beneficiário, clareza de rotinas e regras administrativas, facilitadores de comunicação do prestador com a Operadora</p>	<p>EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: A avaliação do relacionamento prestador-operadora foi negligenciado A sua mensuração poderá compor indicador a ser pontuado nos sistemas de Qualidade da ANS</p>	<p>Não pertinente a inclusão de um novo Projeto. O Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde já contempla a sugestão. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. As sugestões sobre indicadores de relacionamento poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.</p>
<p>3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde</p> <p>4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias</p>	832	Inclusão	<p>INCLUSÃO:</p> <p>- Projeto 7.9: Definição como sendo da ANS a prerrogativa da deliberação de valores mínimos de remuneração a rede prestadora ou como sendo a entidade responsável na sua arbitragem</p> <p>PROPOSTA</p> <p>Permitir que ANS participe de forma mais ativa na regulação do relacionamento entre Prestadores e Operadoras</p>	<p>EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS</p> <p>impacto na precificação mínima dos produtos, evitando práticas predatórias entre as operadoras e eventuais desabastecimentos</p>	<p>A ANS não possui competência legal para definir valores mínimos de remuneração dos prestadores. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. Sugestões relacionadas ao tema poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.</p>
<p>5.1 Munir o beneficiários com informações sobre saúde e direitos assistenciais, com ênfase na utilização das diretrizes clínicas</p>	836	Alteração	<p>Produto Esperado: Levar informação em saúde aos beneficiários de planos de saúde envolvendo o prestador de serviço.</p>	<p>A assimetria da informação se concentra em nível da relação entre o beneficiário e o prestador de serviço. Propõe-se a criação de tabela de patologias (CID-10) e procedimentos (TUSS) aplicáveis a cada uma. Tais informações se complementarão com obrigatoriedade dos prestadores indicarem o código CID-10 nas guias de atendimento, tornando-se fonte de informação estatística para as operadoras e a sociedade.</p>	<p>Não acatar - As informações clínicas no RES visam o compartilhamento entre profissionais de saúde visando a segurança do atendimento ao beneficiário. As operadoras não executam atendimento à saúde do beneficiário. Para a redução da assimetria de informações entre o beneficiário e prestador de serviço de saúde não é necessário a intermediação da operadora.</p>

5.2 Disponibilizar as informações de contratos e documentos correlatos relativos aos beneficiários	802	Inclusão	Homologar as empresas que desenvolvem software de plano de saúde, na automação e nas regras da agência. (Nenhuma passará !!!!)	É um martírio guardar toneladas de papeis. Vou resumir: 1 - reconhecimento da digitalização dos contratos e outros documentos; 2 - HOMOLOGAR A EMPRESAS DE SOFTWARE DE PLANO DE SAÚDE. As operadoras são REFÉNS de sistemas cada vez pior que não conseguem atender o mínimo que a ANS exige, e quando atendem precisa de um batalhão de pessoas para corrigir o programa.	Não cabe a a ANS homologar empresas prestadoras de serviço de informática. Cabe esclarecer que quanto a disponibilização de informações contratuais de maneira virtual, está em andamento um projeto de disponibilização de informações contratuais estruturadas
5.2 Disponibilizar as informações de contratos e documentos correlatos relativos aos beneficiários	836	Exclusão		O fornecimento do instrumento contratual, do manual do beneficiário e a possibilidade de acesso ao portal Internet da operadora já atendem os objetivos perseguidos pela ANS.	Cabe esclarecer que quanto a disponibilização de informações contratuais de maneira virtual, está em andamento um projeto de disponibilização de informações contratuais estruturadas
5.2 Disponibilizar as informações de contratos e documentos correlatos relativos aos beneficiários	837	Alteração	Projeto: 5.2 - Disponibilizar, em momento anterior à contratação, as informações de contratos e documentos correlatos relativos aos beneficiários	Além de reclamação recorrente de nossos associados, nos testes realizados pela PROTESTE com planos de saúde, uma das maiores dificuldades encontradas é justamente a falta do contrato impresso. Em praticamente todos os casos é feita a promessa de envio posterior, porém, esse envio nunca acontece. Assim, sugerimos que o consumidor tenha acesso ao contrato a qualquer momento via internet, assim como deve ser obrigatória a disponibilização de uma via em momento anterior à contratação.	Cabe esclarecer que quanto a disponibilização de informações contratuais de maneira virtual, está em andamento um projeto de disponibilização de informações contratuais estruturadas a qualquer tempo a partir do momento da assinatura.

5.2 Disponibilizar as informações de contratos e documentos correlatos relativos aos beneficiários		Alteração	<p>Ressalte-se que, de acordo com o C.D.C., os contratos de plano de saúde coletivos devem ser disponibilizados ao consumidor antes da contratação. Sugerimos a divulgação do contrato da pessoa jurídica contratante, por exemplo, por meio de intranet da empresa, além de manuais elucidativos sobre o produto contratado (rede, profissionais, etc.). Sugerimos ainda a entrega de cartilhas/guias dos direitos dos beneficiários e canais de atendimento da ANS juntamente com o contrato. Solicitamos abertura de debates para estudar novas formas de transparência ao consumidor e educação sobre o tema.</p>		<p>Cabe esclarecer que quanto a disponibilização de informações contratuais de maneira virtual, está em andamento um projeto de disponibilização de informações contratuais estruturadas a qualquer tempo a partir do momento da assinatura. Haverá consulta pública sobre o projeto em momento oportuno.</p>
6.1 Continuar o desenvolvimento do Registro Eletrônico em Saúde - RES	836	Alteração	<p>Produto Esperado: Estudos de alternativas que permitam visão integral e longitudinal das informações em saúde, garantindo a continuidade dos tratamentos, com maior segurança e qualidade na atenção à saúde, ampliando a efetividade do cuidado e reduzindo incidência de erros na assistência disponibilizando as informações a todos envolvidos, inclusive às operadoras.</p>	<p>As informações deverão ser democraticamente disponibilizadas para as partes interessadas, inclusive as operadoras.</p>	<p>Não acatar - As informações clínicas no RES visam o compartilhamento entre profissionais de saúde visando a segurança do atendimento ao beneficiário. As operadoras não executam atendimento à saúde do beneficiário. Para a redução da assimetria de informações entre o beneficiário e prestador de serviço de saúde não é necessário a intermediação da operadora.</p>
6.2 Aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS	815	Alteração	<p>Envio dos documentos por parte da operadora</p>	<p>Justificativa: absurdo. Glosa linear não caracteriza a realidade do processo. Poderão ocorrer distorções em cada ABI. Este procedimento já é condenável quando praticado pelas operadoras em relação aos prestadores.</p>	<p>Não há indicação de glosa linear</p>

6.2 Aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS	821	Inclusão	Unificar forma de utilização de recursos do SUS e compartilhar fluxos	Duplicação da disponibilização de recursos e ampliação dos gastos em saúde. Identificar os programas, recursos disponíveis no SUS e publicização dos fluxos utilizados para obtenção dos mesmos.	Os valores arrecados a título de ressarcimento ao SUS são repassados ao Fundo Nacional de Saúde, que utiliza no orçamento do SUS.
6.2 Aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS	833	Alteração	Aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS Revisão da tabela de remuneração do ressarcimento ao SUS	O § 8º do artigo 32 da Lei nº 9.656 determina que os valores a serem ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS nem devem ser superiores aos praticados pela operadora junto à sua rede credenciada. Em observância ao disposto na Lei, é necessária a revisão da tabela de cobrança do ressarcimento ao SUS. Sugere-se que uma ou mais empresa sejam contratadas para construção de uma tabela segmentada por regiões, preservando os recursos do Estado e a saúde das OPS.	O Índice de Valoração do Ressarcimento pode ser reduzido sempre que a operadora comprovadamente demonstrar que seus custos incorrentes no atendimento como um todo são inferiores ao cobrado.

6.2 Aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS	838 - Eixo 6 - Projeto 6.2 - Arlindo de Almeida	Exclusão	Produto Esperado: Estudos para redução do custo operacional do ressarcimento, para a ANS e operadoras, com maior agilidade no processo de apuração das NIPs.	A agilidade que se requer é no processo de apuração da verdade, como forma de garantir os direitos constitucionais das partes envolvidas, proporcionando amplo espaço para o direito de defesa, ressaltando que as signatárias da presente, entendem o ressarcimento ao SUS inconstitucional.	O ressarcimento ao SUS é um processo apartado da NIP. Quanto a implementações de melhores ao processo de trabalho essas estão sendo constantemente aperfeiçoadas e melhoras e há um projeto de aperfeiçoamento do ressarcimento ao SUS em andamento.
6.3 Implementar modelo de certificação das Operadoras junto ao ressarcimento ao SUS	817	Inclusão		Avaliar a compensação mútua nos processos de ressarcimento por parte de hospitais contratualizados pelo SUS quando houver atendimento além do teto financeiro versus dívida do ressarcimento justamente devida e não prescrita.	A proposta não está clara o suficiente para que seja apreciada, de forma a permitir comentários.
6.3 Implementar modelo de certificação das Operadoras junto ao ressarcimento ao SUS	836	Exclusão		Os normativos em vigor já preveem as penalidades para as operadoras que deixarem de cumprir com suas obrigações.	Não houve proposta concreta, vale ressaltar que ressarcimento ao SUS não é penalidade.

6.4 Construir mapa de utilização do SUS por parte dos beneficiários, como instrumento de regulação das operadoras de planos de saúde.	833	Alteração	Reavaliação da incidência de ressarcimento ao SUS em planos com formação de preço pós-estabelecida (custo operacional).	Os resultados devem ser discutidos com os gestores das operadoras antes de qualquer medida punitiva por parte da ANS. Na modalidade de preço pós-estabelecida o recebimento da prestação de serviço é feito após a sua realização. Além disso, a morosidade no processo de ressarcimento, muitas cobranças são feitas após anos da realização do procedimento, acarreta a impossibilidade da cobrança à empresa contratante (pode estar extinta).	Há uma constante busca de melhoria do processo do ressarcimento e todas as sugestões concretas são levadas em consideração para análise e viabilidade. Quanto a questão de relação contratado/contratante as operadoras devem seguir os ritos do direito civil.
6.4 Construir mapa de utilização do SUS por parte dos beneficiários, como instrumento de regulação das operadoras de planos de saúde.	836	Exclusão		Não há lógica estatística em se utilizar dados de ressarcimento ao SUS para avaliar a dispersão/adequação da rede das operadoras. No tocante à negativa de cobertura, não custa observar a necessidade de que a mesma seja considerada comprovada pela operadora.	Não houve proposta concreta, a questão de rede refere-se a DIPRO, bem como a referência a negativa de cobertura.
7.8 Estudar a consolidação da entrega de informações periódicas à ANS		Alteração	Não está claro a que tipo de informações se refere. Concordamos com a unificação, frisando a necessidade de se utilizar sempre linguagem dos dados de maneira clara e acessível a todos.		Pretende-se avaliar a possibilidade de sincronizar os prazos de entrega das informações pelas operadoras e aperfeiçoar os mecanismos de avaliação da consistência das informações prestadas, reduzindo as redundâncias e aperfeiçoando a qualidade das informações recebidas pelo órgão regulador. O escopo dessa proposta são as informações recebidas pelos sistemas corporativos da ANS. Além disso, está incluída a mudança da forma de envio, considerando a possibilidade de uso de um site concentrador das comunicações com as operadoras (envio e recebimento de informações) com segurança digital.



7.8 Estudar a consolidação da entrega de informações periódicas à ANS	833	Alteração	Unificação de sistemas de informações periódicas	A essência do projeto está na unificação dos aplicativos DIOPS, SIP, SIB, RPC. Esta possível norma demandará tempo para acertos internos das operadoras, estimados em no mínimo 12 meses. Portanto, sugere-se que este projeto seja discutido amplamente com as operadoras, uma vez que, estas deverão mudar diversos processos rotineiros.	Pretende-se avaliar a possibilidade de sincronizar os prazos de entrega das informações pelas operadoras e aperfeiçoar os mecanismos de avaliação da consistência das informações prestadas, reduzindo as redundâncias e aperfeiçoando a qualidade das informações recebidas pelo órgão regulador. O escopo dessa proposta são as informações recebidas pelos sistemas corporativos da ANS. Além disso, está incluída a mudança da forma de envio, considerando a possibilidade de uso de um site concentrador das comunicações com as operadoras (envio e recebimento de informações) com segurança digital.
7.8 Estudar a consolidação da entrega de informações periódicas à ANS	835	Inclusão	Produto Esperado: Exclusão do PTA com substituição por uma página exclusiva da operadora com acesso único a todos os envios e recebimentos de aplicativos, arquivos, ofícios, resultados de monitoramento e etc.	Facilitar o acesso das operadoras de saúde das informações que tramitam entre elas e a ANS.	Pretende-se avaliar a possibilidade de sincronizar os prazos de entrega das informações pelas operadoras e aperfeiçoar os mecanismos de avaliação da consistência das informações prestadas, reduzindo as redundâncias e aperfeiçoando a qualidade das informações recebidas pelo órgão regulador. O escopo dessa proposta são as informações recebidas pelos sistemas corporativos da ANS. Além disso, está incluída a mudança da forma de envio, considerando a possibilidade de uso de um site concentrador das comunicações com as operadoras (envio e recebimento de informações) com segurança digital.
3 – Regras de substituição para hospitais, clínicas e profissionais credenciados;	Novo Eixo	Inclusão		A legislação atual, quanto a obrigatoriedade de comunicação da operadora ao beneficiário, vem sendo descumprida em caso de descumprimento. É necessário que a ANS não só fiscalize o aviso prévio como também tratar a questão do descumprimento de médicos e clínicas laboratoriais.	<b>Não pertinente a inclusão de um novo Eixo.</b> O Eixo 3 - Relacionamento entre operadoras e prestadores <b>já contempla</b> a sugestão. Está em desenvolvimento uma revisão da contratualização. Será realizada uma Câmara Técnica da Contratualização ainda este ano. As sugestões sobre regras para descumprimento poderão ser apresentadas pelas entidades de representação do setor.

4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias	812	Inclusão	<p>1- Problema: As operadoras tem colocado no mercado planos coletivos por adesão e elas comercializam, deixando assim de oferecer o plano Individual. " Motivo" o reajuste aplicado somente o autorizado pela ANS é LIMITADO. Já no coletivo é livre negociação com a entidade.</p> <p>2 - Problema: Falta de operadoras para que seja feita uma cotação antes da aquisição do plano.</p>	<p>1- "Motivo" o reajuste aplicado somente o autorizado pela ANS é LIMITADO. Já no coletivo é livre negociação com a entidade. 2-As operadoras, na sua maioria 99,9% as " COOPERATIVAS" limitam a área de atuação, ou seja se você mora no interior não pode adquirir plano na capital e vice versa. Isso é um cartel você é obrigada adquirir plano da operadora que atua na cidade que você reside. INCENTIVO A CONCORRÊNCIA É ACABAR COM ISSO.</p>	<p><b>ACATADO PARCIALMENTE. O projeto propõe-se a analisar as práticas concorrenciais para eleger as medidas a serem adotadas pelo agente regulador. Os problemas apontados nesta sugestão serão considerados para análise.</b></p>
4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias	817	Inclusão		<p>Criar controle sobre a prática da unimilitância evitando-se a concorrência predatória ao inviabilizar o surgimento de novas OPS em pequenos e médios municípios.</p>	<p><b>ACATADO PARCIALMENTE. A ANS já faz a fiscalização da prática da unimilitância, com o seu monitoramento e controle, atuando junto com o Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE, em parceria firmada, havendo, portanto, atuação conjunta nesse caso, preservando-se mercados relevantes. A Agência também atua fiscalizando o cumprimento da RN n.º 175/2008, que determinou a inclusão nos estatutos das cooperativas, de cláusula que vede a prática da unimilitância, nos moldes do texto regulamentar, bem como vem aplicando a norma do art. 41, da RN 124/2006. O projeto propõe-se a analisar as práticas concorrenciais para eleger as medidas a serem adotadas pelo agente regulador. Os problemas apontados nesta sugestão serão considerados para análise.</b></p>

4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias	832	Inclusão	Definir que todos os modelos de prestação de serviços fora do Serviço Público (cartões de descontos, plano funerárias, benefícios trabalhistas de serviços públicos e privados), estejam sob égide da ANS	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: Alguns agentes do mercado da saúde encontraram mecanismos visando burlar as exigências legais. Necessário fortalecer a ANS como principal agente de fiscalização de todo setor da saúde suplementar	<b>NÃO ACATADO.</b> A referida sugestão escapa à governabilidade da Agência Reguladora, eis que a definição de plano de saúde é dada por lei, nos moldes do que consta do art. 1º, inciso I, da Lei 9.656/98 quando assevera que se cuida de uma "prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, ...sem limite financeiro...a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor." Ademais, a ANS já firmou entendimento nesse sentido, inclusive editando o comunicado n.º 09/2003, alertando a sociedade sobre tal prática. A matéria, ao nosso ver, é de reserva legal.
4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias	833	Alteração		O problema apresentado pela ANS (planos coletivos por adesão e a omissão da pessoa jurídica contratante) não depende da atuação da operadora. Cabe ao CADE a responsabilidade de analisar o domínio econômico do mercado consumidor brasileiro.	<b>NÃO ACATADO.</b> A ANS já atua na fiscalização dos planos coletivos por adesão, tanto no aspecto assistencial, quanto econômico-financeiro e no cumprimento da RN n.º 195/2009. No que se refere ao CADE, a ANS já atua em conjunto com essa autarquia, na preservação dos mercados relevantes.
4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias	838	Alteração	Produto Esperado: Estudos sobre as modalidades praticadas no mercado e estabelecimento de limites à participação das operadoras, com a utilização de sua marca e rede. Necessidade de aperfeiçoamento da RN n.º 195 e 196, com foco especial nos agentes do mercado que operam fora da regulamentação.	É fundamental para o estabelecimento da concorrência leal que no corpo do estudo seja investigada a eventual presença de falha regulatória, ensejando comportamento oportunista por parte dos agentes que atuam no mercado, sem qualquer fiscalização ou subordinação ao órgão regulador.	<b>ACATADA.</b> O Produto sugerido será incorporado a análise.
4.4 Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias		Alteração	Para monitorar a falta de informação e saber onde as pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos estão falhando, é preciso que a ANS ouça os beneficiários e os órgãos de defesa do consumidor. Concordamos com a necessidade de revisão das Resoluções	O consumidor não deve ser prejudicado pela falta de informação, clara, adequada e precisa.	<b>ACATADA.</b> A DIFIS já desenvolve iniciativas que visam a redução da assimetria de informações através do Parceiros da Cidadania que, todavia, necessitam de aperfeiçoamento.

5.6 Estabelecer bases da política de relacionamento entre operadoras e beneficiários	835	Alteração	Produto Esperado: Criar incentivos ao mercado para a redução dos conflitos através da utilização do Indicador NIP estabelecendo critério claros de análise de procedência da NIP	Para garantir a correta classificação das NIPs, acompanhamento das operadoras e realização de ações preventivas	<b>ACATADA. A DIFIS já desenvolve iniciativas mediação de conflitos e está em permanente processo de aprimoramento do dispositivo NIP. Sugerimos um posicionamento da DIPRO na medida em que a contribuição refere-se mais as questões do Monitoramento Assistencial do que ao projeto 5.6</b>
5.6 Estabelecer bases da política de relacionamento entre operadoras e beneficiários	838	Alteração	Projeto: 5.6 - Estabelecer bases da política de relacionamento entre operadoras e beneficiários, estabelecendo indicadores justos e alinhados com as características de atuação do setor.	No caso específico da NIP, já se demonstrou que o critério eleito é injusto, o que ocasiona prejuízos irreparáveis para as operadoras, além de contribuir para o aumento do risco regulatório. É de fundamental importância que se estabeleça indicadores justos e alinhados com a característica de atuação do setor, que tem como pilar a indenização de eventos cobertos previamente estabelecidos em contrato. A ANS, como agência reguladora, deverá contribuir, positivamente, resistindo à adoção de medidas com componentes exclusivamente ideológicos.	<b>NAO ACATADA. Seja no projeto "Estabelecer bases da política de relacionamento entre operadoras e beneficiários" ou em quaisquer outros a serem desenvolvidos pelo agente regulador os princípios adotados são pautados na Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência. Sugerimos um posicionamento da DIPRO na medida em que a contribuição refere-se mais as questões do Monitoramento Assistencial do que ao projeto 5.6</b>

<p>5.6 Estabelecer bases da política de relacionamento entre operadoras e beneficiários</p>		<p>Alteração</p>	<p>Além da necessária melhoria do acesso da relação entre os beneficiários e as operadoras, necessário apontar que os próprios canais de atendimento da ANS são difíceis para o consumidor acessá-los. Podemos citar como exemplo o preenchimento de um extenso cadastro para registrar uma reclamação no site da ANS, que solicita dados repetentes e até mesmo desconhecidos pelo consumidor (como o número de registro da operadora na ANS). Reiteramos que a oitiva dos beneficiários é de extrema importância para um aprimoramento e remodelagem do setor. Sugerimos ainda a abertura de participação direta da sociedade na ANS pelas redes sociais, além de apoiar novas políticas de relacionamento entre as operadoras e os beneficiários. É essencial que o agente regulador promova a simetria no setor. Para tanto, solicitamos discussão mais aprofundada sobre o tema.</p>	<p>A assimetria de informações torna o consumidor, parte vulnerável da relação, em situação de supervulnerabilidade. É necessário ajustar a relação entre operadora e consumidor de modo a facilitar o monitoramento e fiscalização por parte da Agência Reguladora.</p>	<p><b>Proposta de ALTERAÇÃO: ACATADA PARCIALMENTE.</b> A) Sobre a melhoria dos canais de atendimento da ANS, estamos em permanente aprimoramento, refletido no volume de acessos ao DISQUE ANS, principal canal de atendimento do consumidor. No ano de 2011, recebemos 660.974 ligações. Em 2012, passamos para o total de 1.016.419 ligações, representando um acréscimo de 53,78%. Ampliamos o número de canais de atendimento, objetivando atender com melhor qualidade e celeridade. O número de canais telefônicos foi aumentado em março de 2013, passando de 45 para 90 canais telefônicos, podendo chegar até 150 na hipótese de aumento da demanda. O número de postos de atendimentos aumentou de 47 para 68 em fevereiro de 2013. Além disso, implantaremos o serviço de webchat, possibilitando outras formas de acesso à ANS. B) sobre o preenchimento do registro de reclamação, o formato atualmente disponibilizado foi fruto de detalhada análise técnico-operacional que permitisse a apuração da reclamação apresentada. Além deste canal, o consumidor pode acessar o Disque ANS e o atendimento presencial em um dos 12 Núcleos da ANS no Brasil. C) sobre a proposta de abertura de outros canais de participação direta, sugerimos um posicionamento da GCOMS, pois já existem iniciativas deste tipo.</p>
<p>7.4 Implantar a gestão de processos, rumo à agência eletrônica, com ênfase no processo eletrônico da fiscalização</p>	<p>836</p>	<p>Alteração</p>	<p>Estabelecimento de metas de prazos para atendimento das demandas das operadoras.</p>	<p>Para que o ciclo se complete é indispensável estabelecer metas temporais para atendimento das demandas trazidas pelas operadoras reguladas.</p>	<p><b>Não se aplica a DIFIS</b></p>

<p>4 – Ampliação da fiscalização do cumprimento dos prazos de atendimento da RN 259/2011 e negativa de coberturas- fiscalização ativa, em parceria com órgãos de defesa do consumidor e Poder Judiciário</p>	<p>Novo Eixo</p>	<p>Inclusão</p>		<p>Para o Idec, é fundamental que a ANS acompanhe, ativamente, o cumprimento dos prazos de atendimento e negativas de cobertura, por parte das operadoras de saúde, aplicando as sanções administrativas cabíveis às operadoras. Para ser efetiva nessa ação, a ANS deveria considerar não somente as denúncias de consumidores por meio das NIPs (Notificações de Investigação Preliminar), mas também os dados de órgãos de proteção ao consumidor, como Procon, Defensorias Públicas, Ministério Público e o Poder Judiciário, a fim de obter maiores números referentes a consumidores que não tiveram os prazos de atendimentos respeitados e que não procuraram a Agência.</p>	<p><b>ACATADA PARCIALMENTE. Já está em curso uma série de estudos e medidas que visam o aprimoramento da ação fiscalizatória. Iremos avaliar medidas concretas que possam viabilizar a inclusão de dados do SNDC, através do Sindec, como insumo para a ação fiscalizatória.</b></p>
--	------------------	-----------------	--	--	--

<p>5 - Regulação de outras formas de serviços de saúde suplementar que não sejam prestados por operadoras ou seguradoras (cartões de desconto; cartões pré-pagos e descontos em saúde ofertados por funerárias).</p>		<p>Inclusão</p>	<p>Os consumidores desses serviços enfrentam problemas semelhantes aos dos consumidores de planos e seguros de saúde, mas não têm a tutela regulatória desta Agência. Dessa forma, entendemos que no próximo biênio a regulação da ANS deva abarcar esse setor da saúde suplementar para que, assim como ocorre nos planos e seguros de saúde, os consumidores fossem respaldados por normatização e fiscalização administrativas das seguintes garantias, entre outras: (i) padrões de qualidade dos serviços prestados; (ii) prazos de atendimento; (ii) controle e fiscalização dos preços praticados pelas empresas; (iv) proibição de rescisão unilateral do contrato pela empresa; (v) possibilidade de denúncia à Agência de práticas abusivas e intermediação na solução de conflitos; (vi) coberturas mínimas obrigatórias; e (vii) salvaguarda, por meio de regulação, dos direitos previstos no Código de Defesa do Consumidor.</p>	<p><b>NÃO ACATADO. A referida sugestão escapa à governabilidade da Agência Reguladora, eis que a definição de plano de saúde é dada por lei, nos moldes do que consta do art. 1º, inciso I, da Lei 9.656/98 quando assevera que se cuida de uma "prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, ...sem limite financeiro...a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor." Ademais, a ANS já firmou entendimento nesse sentido, inclusive editando o comunicado n.º 09/2003, alertando a sociedade sobre tal prática. A matéria, ao nosso ver, é de reserva legal.</b></p>
--	--	-----------------	--	--

<p>2.5 Implantar o programa QUALISS de divulgação e de monitoramento da qualidade dos prestadores</p>		<p>Alteração</p>	<p>Concordamos que existe atualmente uma deficiência quanto aos parâmetros e critérios de qualidade, refletindo em distorções nos resultados. Entendemos, no entanto, que apenas o programa de qualificação que atribuiu um selo à operadora não será o suficiente para garantir a qualidade do serviço ao consumidor. Para tanto, é necessário ouvir os beneficiários e consultar constantemente os órgãos de defesa do consumidor para monitorar as reclamações registradas. As operadoras e os prestadores devem utilizar linguagem simples, universal e unificada. Com as padronizações, as operadoras poderão ter sua qualidade exigida, pois passarão a ser melhor comparadas, e a concorrência conseqüentemente se elevará, movimentando o mercado. Para tanto, será preciso implementar critérios claros, inclusive na proposta de discussão do tema, de maneira concreta, a tornar efetiva a análise da Consulta Pública. Sugerimos ampla discussão sobre o tema</p>	<p>Os atuais indicadores são complexos e ininteligíveis ao consumidor, sendo necessária sua reformulação. Os pesos atribuídos aos indicadores também apresentam distorções aos resultados finais. Daí a necessidade de se elaborar critérios diretos e objetivos para monitorar constantemente a qualidade real dos serviços e das operadoras. Para isso, é indispensável que a ANS não se baseie apenas em dados de atendimentos das operadoras, descartando informações relevantes dos beneficiários e dos órgãos de defesa do consumidor para a melhoria da qualidade.</p>	<p>"Atualmente a ANS conta com diferentes atividades ou programas que tratam da avaliação de graus de qualidade. Essa diversidade de mecanismos de avaliação pode propiciar a percepção da falta de clareza e definição dos indicadores. A proposta de racionalização dos indicadores sugere a convergência e harmonização dos diferentes indicadores e reflete um esforço de mitigação das eventuais superposições de atribuições, assimetria de informações dirigidas ao público e definição de acordo com os objetivos propostos por parte das diferentes atividades da avaliação da qualidade ora existentes ou em desenvolvimento na ANS. Especificamente com relação ao Programa de Qualificação das Operadoras está sendo proposta uma revisão dos indicadores, de forma a dar mais objetividade e clareza aos mesmos. A ANS tem investido em estudos de avaliação da qualidade que apontam para o necessário alinhamento dos sistemas de informação como base de dados a serem considerados na avaliação. Tem buscado dar mais transparência aos seus critérios e análises. Na atual fase do programa, tem sido dado maior ênfase nos aspectos associados à satisfação do consumidor e o objetivo tem sido aumentar a participação social, estimulando o uso da informação como insumo estratégico de análise, planejamento e gestão. O Espaço da Qualidade lançado em 2012 é uma ferramenta que propicia a comparação entre operadoras semelhantes, estimulando a melhoria do setor. No entanto, não pode ser caracterizada como agência de rating, uma vez que ela ranqueia as operadoras. Através das Câmaras Técnicas e consultas públicas, ação frequente da Agência antes do lançamento de qualquer norma, tem possibilitado a apreensão da experiência e da realidades operadoras e dos prestadores "</p>
---	--	------------------	---	---	--



<p>3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde</p> <p>5.4 Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores</p>	832	Inclusão	<p>Projeto 5.7 - Estabelecer bases da política de relacionamento entre operadoras e PRESTADORES, PROPOSTAS:</p> <p>Estabelecer pesquisa de satisfação do prestadores com relação a Operadora, envolvendo critérios de: formas e prazos de remuneração e glosas, níveis de interferência o relacionamento do prestador com o beneficiário, clareza de rotinas e regras administrativas, facilitadores de comunicação do prestador com a Operadora</p>	<p>EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: A avaliação do relacionamento prestador-operadora foi negligenciado A sua mensuração poderá compor indicador a ser pontuado nos sistemas de Qualidade da ANS</p>	idem 5.4
<p>5.3 Perseverar na consolidação e compilação dos atos normativos da ANS</p>		Alteração	<p>Reiteramos o posicionamento da Fundação Procon-SP em apontar os prejuízos da normatização esparsa. Somos favoráveis à compilação das Resoluções Normativas da ANS, podendo ser aberto um grupo de estudos específico para sua compilação e diretrizes interpretativas.</p> <p>Entendemos, inclusive, que à Consolidação da legislação pode ser acrescentado um glossário da saúde suplementar (dos termos técnicos), a fim de auxiliar na interpretação das normas</p>	<p>Encontramos no cenário atual uma vasta quantidade de normas esparsas publicadas pela ANS, gerando dificuldades para sua própria aplicação. Ademais, o uso de termos técnicos próprios do setor dificulta o entendimento dos consumidores.</p>	<p>A ANS está trabalhando na consolidação da normatização do setor de Saúde Suplementar. A ideia é facilitar ao beneficiário, prestador e a qualquer pessoa que tenha interesse o fácil acesso as normas. Quanto ao glossário, esclarecemos que a ANS publicou no final do ano passado (2012) a 2ª edição do Glossário Temático Saúde Suplementar, em parceria com o Ministério da Saúde, abrangendo os principais verbetes da Saúde Suplementar, a qual se encontra no sítio da ANS</p>
<p>5.4 Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores</p>	811	Alteração		<p>Reforçar necessidade de reavaliar o indicador de NIP, conforme reivindicação já levada com o devido embasamento teórico à ANS, pela Superintendência de Regulação com relação à RN nº 259. Propor que qualquer indicador de avaliação de resultados das operadoras sejam com estas discutidos. Fazer com a NIP e indicadores, da mesma forma que foi feito com a RN nº 259.</p>	idem 5.4

5.4 Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores	832	Inclusão	Estabelecer critérios para elaboração de indicadores de qualidade assistencial em saúde	EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: A construção de indicadores de qualidade assistencial em saúde é objeto controverso, dependendo do critério da análise e mensuração. Necessário se trabalhar conceitos do que é qualidade em saúde, evitando que sejam considerados somente critérios de volume ou custos de atendimento.	idem 5.4
5.4 Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores	836	Alteração	Produto Esperado: Unificar e racionalizar indicadores de qualidade, de forma a torná-los mais compreensíveis e úteis ao beneficiário chamando a participação de especialistas externos para a definição desses indicadores.	A atuação da ANS, como agência de "rating" não encontra suporte na experiência internacional. Fomentar a presença de especialistas externos à ANS no processo de definição e de implementação de indicadores, inclusive de indicadores que mensurem comportamentos oportunistas. O mais importante de tudo isso é o compromisso da ANS em aceitar o consenso de mercado, renunciando a sua eventual posição.	idem 5.4
5.4 Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores		Alteração	Para ser acessível ao consumidor, é preciso que eles participem direta e indiretamente (por entidades representativas) da nova elaboração dos índices. É necessário que os critérios sejam definidos com base nos problemas concretos vivenciados pelos consumidores, com amplo debate prévio.	Reiteramos a problemática dos indicadores atuais, conforme contribuições apresentadas à Consulta Pública nº 46/11.	idem 5.4

7.1 Implantar a análise de impacto regulatório e operacional		Alteração	Frisamos que, para tanto, é preciso que o agente regulador garanta a simetria no setor.	Para que seja possível uma análise concreta, com resultados reais, é preciso extinguir a assimetria encontrada entre as partes do setor – operadoras, entidades representativas, consumidores e seus respectivos órgãos de defesa.	OK - concordamos - as análises só fazem sentido, se acompanhadas de consultas às partes envolvidas e ampla divulgação
7.2 Ampliar a participação social		Alteração	A ANS alega não alcançar todas as partes interessadas no tempo, espaço e condições adequadas. Nesse sentido, reiteramos as sugestões de reuniões por videoconferência e em núcleos da ANS em outros estados, considerando que algumas entidades representativas de defesa do consumidor dispõem de poucos recursos, causando, assim, assimetria na participação. Não obstante, desde que a Resolução Normativa nº 158/07 - que trata do processo regulatório - foi publicada, a ANS não divulgou nenhuma Audiência Pública, tratando os temas apenas por Câmaras Técnicas, que são grupos fechados e restritos. Insistimos, portanto, no amplo debate e na participação direta da sociedade, fornecendo os instrumentos necessários e linguagem acessível, inclusive. Também é essencial a disponibilização, pela ANS, dos documentos e estudos técnicos que embasem as propostas, bem como da divulgação dos balanços das Consultas Públicas previamente à publicação da norma.	Podemos citar como exemplo a presença maciça das operadoras e seus representantes na Câmara Técnica, em 2012, de revisão dos mecanismos de regulação. A assimetria de informações e recursos prejudica o setor em seus resultados, causando desequilíbrio nas relações e desfavorecendo os consumidores.	ACATADAS as sugestões, para serem discutidas no decorrer do projeto

7.3 Implantar a Carta de serviços interna: gerando valor e confiança na instituição		Alteração	Proposta não está clara.		Esclarecimentos: Com a pactuação dos compromissos entre as áreas da ANS, otimizam-se os processos internos de gestão, que já terão suas etapas descritas; reduz-se o retrabalho e o tempo total de atendimento às áreas demandantes e aumenta a satisfação do cliente interno. Os serviços serão entregues com qualidade, na quantidade necessária; de forma tempestiva e com inovação desejável.
7.4 Implantar a gestão de processos, rumo à agência eletrônica, com ênfase no processo eletrônico da fiscalização		Alteração	Além da utilização da tecnologia para organização interna, a ANS pode ampliar seus canais de comunicação com o usuário através das redes sociais.	A tecnologia permite a ampla divulgação de informações relevantes e notícias de interesse social.	A implementação da Gestão de processos propiciará o maior conhecimento da dinâmica institucional e a possibilidade de melhoria da própria ação regulatória. Será iniciado por processos prioritários da ANS e gradativamente os demais processos serão mapeados com a finalidade de aprimorá-los. Ao final da implementação espera-se ter condições de dar mais celeridade às buscas, ampliar os registros e de maior transparência.
7.5 Implantar a gestão de projetos para eficácia regulatória		Alteração	Contamos com a transparência e ampla divulgação dos projetos.		A implantação de uma área na ANS que organize, sistematize e divulgue os projetos tornará mais transparente suas ações e otimizará custos, o tempo e os esforços empenhados. Está sendo utilizada a metodologia PMO como base para uma customização à realidade da ANS e será implementada como projeto piloto para adequações e testagens e futuramente avançar para um núcleo de Gestão de projetos.
7.7 Implantar a política de gestão do conhecimento		Alteração	Não está claro de que tipo de conhecimento se trata e a que compartilhamento se refere.		A Gestão do Conhecimento consiste no conjunto de estratégias que permite que as pessoas criem, capturem, mantenham, utilizem e compartilhem o conhecimento sobre as atividades do setor, da própria regulação e da própria instituição. O que se propõe e organizar de forma que o conhecimento técnico e científico gerado na ANS possam ser utilizado e disseminado.
7.7 Implantar a política de gestão do conhecimento	835	Inclusão	Produto Esperado: Criar fóruns de comunicação entre a operadora e a ANS.	Aumentar a integração das operadoras de saúde e a Agência e disseminar o conhecimento no setor	idem

	Inclusão	<p>A Lei nº. 9.656/98 foi clara ao estipular, em seu art. 10, quando uma cobertura é obrigatória. Segundo este dispositivo legal, se um plano ou seguro de saúde for da segmentação "referência", isto é, ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), devem ser cobertos, somente sendo permitida a exclusão dos seguintes procedimentos: I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses III - inseminação artificial; IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente. No entanto, o Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde desta Agência não contempla alguns procedimentos garantidos pela Lei n.º 9656/98, tais como transplantes de coração, fígado, pulmão e rins. No entendimento do Idec qualquer regulamentação da ANS que exclua classificação da OMS é ilegal à luz dos arts. 4º, III, 6º, IV, e 51, IV, § 1º, III do Código de Defesa do Consumidor.</p>	<p>Em que pese os argumentos do IDEC, discordamos da interpretação que foi dada ao art. 10 e, conseqüentemente, de sua conclusão. A nosso ver, a interpretação do mesmo dispositivo não pode ser feita isoladamente, mas, sim, em conjunto com o seu parágrafo quarto, no qual é expressa a previsão de que a amplitude das coberturas será definida pela ANS.</p>
--	----------	---	--

	Inclusão	<p>A ANS deveria fixar limites máximos de aumento de todos os tipos de contratos, sejam eles coletivos ou individuais/familiares. A fixação de um valor teto somente para os reajustes de contratos individuais/familiares - que representam apenas 20% do setor e tem crescimento baixo - excluindo-se os outros 36,7 milhões de consumidores de planos e seguros coletivos representa omissão regulatória sem respaldo legal.</p>	<p>Entendemos que não existe previsão legal de obrigatoriedade de definição de índice de reajuste pela ANS para os planos coletivos. Por outro lado, inexistente omissão regulatória, uma vez que a ANS exerce a regulação de tais contratos através de outros instrumentos, tais como o pool de risco e o monitoramento de seus reajustes.</p>
--	----------	---	---

Legenda:

ALTERAÇÃO - ACOLHIDO OU ACATADO PARCIALMENTE	Alteração em projeto da nova AR, será contemplada no desenvolvimento dos projetos; concordância com o comentário
ACATADO PARCIALMENTE	Já contemplado nos atuais projetos (AR) ou nas ações da ANS, inclusive Agenda Interna
NÃO ACATADO	Não acatado/Não se aplica