

# Relatório da Consulta Pública nº 57 que dispõe sobre a construção da Agenda Regulatória 2016/18

Rio de Janeiro, 11 de dezembro de 2015

Gerência de Planejamento e Acompanhamento – GPLAN

DICOL/ANS

## 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 em determinado período (três 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 3ª Agenda Regulatória da ANS é resultado do aprendizado institucional com a experiência das anteriores e envolveu as seguintes etapas:

### I – Revisão das Agendas Regulatórias 2011/2012 e 2013/2014

O processo de acompanhamento da primeira agenda regulatória da ANS está descrito no espaço da *Transparência Institucional* em seu portal na internet. Desta primeira Agenda constavam nove eixos temáticos:

AGENDA REGULATÓRIA 2011/2012
1. Modelo de Financiamento do Setor
2. Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial
3. Modelo de Pagamento a Prestadores
4. Assistência Farmacêutica
5. Incentivo à Concorrência
6. Garantia de Acesso a Informação
7. Contratos Antigos
8. Assistência ao Idoso
9. Integração da Saúde Suplementar com o SUS

A Agenda posterior, que abarcou o período 2013/14 por sua vez, foi formulada levando em consideração o aprendizado possibilitado pela primeira Agenda. Um relatório com a descrição pormenorizada da construção da Agenda 2013/14 foi publicado no site da Agência em março de 2013. Esta Agenda contou com sete eixos temáticos:

## AGENDA REGULATÓRIA 2013/2014

- |                                                  |
|--------------------------------------------------|
| 1. Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial   |
| 2. Sustentabilidade do Setor                     |
| 3. Relacionamento entre Operadoras e Prestadores |
| 4. Incentivo à Concorrência                      |
| 5. Garantia de Acesso a Informação               |
| 6. Integração da Saúde Suplementar com o SUS     |
| 7. Governança Regulatória                        |

### II – Consulta Interna – áreas técnicas e servidores

A participação integrada dos diretores desde o início da formulação da nova agenda permitiu que as várias áreas técnicas pudessem contribuir com novas proposições a qualquer momento do processo através de seus diretores adjuntos.

Um espaço interno de encontros presenciais – *Espaço Aberto ANS*, abordou em maio de 2015, a apresentação da proposta da direção e serviu de reforço ao estímulo para participação dos servidores. Os servidores individualmente foram convocados a participar por um período de trinta dias, através de envio de contribuições livres via intranet ou com a utilização do aplicativo utilizado no portal, para coleta de contribuições para consultas públicas. Foram disponibilizados outros canais de comunicação tais como e-mail específico para esta recepção, e-mails corporativos da GPLAN e postagens em grupo de discussão sobre a Agenda criado na intranet para este fim. Ampla divulgação foi dada nos canais de comunicação interna através de comunicados dinâmicos na página inicial da intranet e chamadas individualizadas foram direcionadas aos servidores pela área de comunicação.

III – Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS - órgão consultivo formado por representantes de diversos segmentos da sociedade, como órgãos de defesa do consumidor, associações e sindicatos).

A proposta do desenho da 3ª Agenda da ANS foi apresentada primeiramente para os representantes do setor de saúde suplementar na 82ª reunião da CAMSS no Rio de Janeiro em 26 de março de 2015. Foi facultado então aos representantes o envio, antes mesmo da abertura da consulta pública para esta discussão, de suas contribuições à proposta apresentada no encontro. Durante este período não houve contribuição específica de qualquer representante da CAMSS, embora a FENASAÚDE tenha encaminhado documento com contribuições mais gerais.

#### IV – Consulta Pública

A consulta pública sobre a Agenda Regulatória nº 57 esteve disponível no portal da ANS na internet no período de 06/05/2015 a 04/06/2015 para envio de contribuições da sociedade civil. As propostas recebidas foram consolidadas pela equipe técnica e estão pormenorizadas neste relatório. Foram recebidas 271 contribuições vindas dos vários segmentos da sociedade organizada.

#### V – Relatório Final e apresentação da Agenda Regulatória 2016-2018

Após a elaboração do presente relatório, este será encaminhado à Diretoria Colegiada para apreciação, quando serão acatadas ou rejeitadas as contribuições recebidas e analisadas pelas áreas técnicas. Após apreciação, estará conformada a Agenda Regulatória 2016-2018, que será divulgada em reunião da CAMSS e no portal da ANS na internet.

### **III -Agenda Regulatória – 2016/2018**

A construção da nova Agenda da ANS demonstra que a evolução dos mecanismos de planejamento e acompanhamento tem sido contínua, possibilitando um processo aprimorado em relação às agendas anteriores. A nova Agenda representa uma reflexão sobre a produção regulatória já existente acompanhada de uma avaliação sobre a priorização que os temas identificados devam obedecer para o aprimoramento da regulação do setor. Inicialmente, a agenda estava prevista para os anos de 2015-17, tendo sido modificada para o triênio 2016-18. Dessa forma, o ano de 2015 foi fundamental para sua construção e para os alinhamentos estratégicos necessários, após o processo de consulta.

Após a consolidação das contribuições vindas do planejamento estratégico participativo – projeto derivado de compromissos assumidos pela alta direção a partir de análise de clima organizacional que por sua vez havia sido objeto de compromisso institucional levado à indicador de Contrato de Gestão para o período 2013/14, a Diretoria Colegiada – DICOL, e a Secretaria Geral – SEGER, em conjunto com a GPLAN propuseram um desenho inicial de agenda baseada no esforço de reexame de sua produção regulatória dos períodos anteriores para busca de soluções de problemas que embora houvessem sido abarcados por projetos em

agendas anteriores não houvessem alcançado os resultados pretendidos e que permaneciam como problemas regulatórios a serem enfrentados.

A Diretoria Colegiada analisando os resultados das agendas anteriores e as necessidades atuais do setor, levando ainda em consideração as contribuições dos servidores vindas do planejamento estratégico participativo propôs um desenho mais sintético que pudesse abarcar aspectos com foco na integração institucional, reforçando a transversalidade das ações e a construção de árvores de problemas (**Anexo I**) para cada um dos três eixos propostos: 1. Garantia de acesso e qualidade assistencial; 2. Sustentabilidade do setor; 3. Integração com o SUS. Além disso, propôs também a ampliação do prazo de execução da Agenda para três anos, procurando com essa ampliação a execução de um melhor planejamento, a possibilidade de um melhor acompanhamento e uma aproximação com os tempos dispostos em outros instrumentos de gestão.

O quadro abaixo apresenta os três eixos com os sete projetos inicialmente propostos pela DICOL para a consulta pública.

3ª AGENDA REGULATÓRIA ANS		
1. Garantia de acesso e qualidade assistencial	2. Sustentabilidade do Setor	3. Integração com o SUS
1.1 Remodelagem de prestação de serviços na saúde suplementar, com foco na qualidade	2.1 Aprimoramento das regras para comercialização e dos planos individuais e coletivos	3.1 Aprimoramento das interfaces de regulação de serviço
1.2 Aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade	2.2 Estímulo à concorrência e transparência, e da escolha empoderada dos consumidores.	3.2 Análise regionalizada da prestação dos serviços.
		3.3 Desenvolvimento do Registro Individualizado de Saúde: acesso e portabilidade de informações

**Proposição inicial da Agenda Regulatória.**

#### **IV - Análise Geral – Dados Estatísticos**

##### CONSULTA INTERNA E CAMSS

###### I - Consulta Interna

A consulta feita aos servidores da Agência para contribuições à construção da Agenda ANS 2016-18 foi realizada por um período de trinta dias utilizando ferramentas eletrônicas internas de participação durante o período de consulta aberta à sociedade.

No total, contabilizando tanto as contribuições vindas por meio do aplicativo próprio quanto às chegadas por outros meios (e-mail, postagem na comunidade virtual, etc.) somou 35 contribuições vindas de dez (10) colaboradores internos, sendo que uma das contribuições foi coletiva, com treze (13) servidores da DIOPE participando. Estas 35 contribuições internas correspondem a 11,44% do total de contribuições recebidas.

Destas contribuições, duas, ou seja, 5,71% delas foram para o Eixo 1. Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial, 17 (48,6%) para o Eixo 2. Sustentabilidade do Setor e cinco (14%) para o Eixo 3. Integração com o SUS. Um grande número de contribuições dos servidores, 31,4% do total, tratava de dar continuidade ao eixo que fez parte da agenda anterior – o de Governança Regulatória, denotando a preocupação dos servidores com aspectos que impactam diretamente na capacidade da Agência de protagonizar o processo regulatório de forma eficaz, eficiente e efetiva.

## II - Pré-Consulta

A pré-consulta foi realizada com os representantes do setor a partir da apresentação da conformação inicial da Agenda com três eixos e sete macroprojetos durante a 82ª reunião da CAMSS em 26 de março de 2015. As sugestões foram aguardadas desta data até o início da Consulta Pública em 06 de maio. Neste período houve apenas contribuição da FENASAÚDE.

## III – Consulta Pública Externa

A consulta pública propriamente dita esteve disponível no portal da ANS na internet entre 06/05/2015 e 04/06/2015, possibilitando a participação através do aplicativo desenvolvido pela Agência em utilização já há alguns anos e que permite que as contribuições possam ser analisadas de forma mais organizada e célere pela área encarregada.

Duzentas e setenta e uma contribuições chegaram através de vários meios: utilização do aplicativo no portal, e-mails e mesmo documento físico via correios. Mesmo aqueles que chegaram fora do prazo dado foram analisados e incorporados para avaliação das áreas técnicas envolvidas. Deste total de contribuições, 244 (90%) foram sugestões de inclusão, 26 (9,6%) com sugestão de alteração e uma (0,4%) de exclusão.

Quanto à origem das contribuições, a maior parte veio das operadoras de planos de saúde com o total de 205 formulações, correspondendo a 75,7% do total. Os consumidores contribuíram com 10,7% do total, com 29 sugestões. Os prestadores enviaram 23 contribuições, 8,5% do total. Os gestores também participaram com sete contribuições, 2,6% do total. A participação dos gestores do setor privado na consulta para construção da Agenda aponta para uma necessária ampliação desta parcela do setor, incluído o setor público nas discussões sobre os

complexos problemas a serem enfrentados. Uma pequena parcela, sete contribuições, 2,6% do total foi identificada na categoria “Outros” (academia, ANAB, órgãos públicos estão nessa categoria).

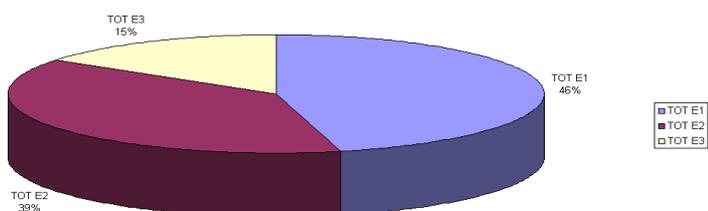
Houve a participação de 21 operadoras, correspondendo a 50% do total de participantes externos. Doze consumidores, 28,6% deste total, enviaram sugestões. Os prestadores se fizeram presentes com 4,8% dos participantes externos. Houve a participação de 3 Gestores, correspondendo a 7,1% do total; 9,5% dos participantes externos foram classificados como “Outros”.

A distribuição das contribuições externas em relação aos eixos, é apresentada a seguir:

Eixo 1: 123 contribuições, correspondendo a 45,4% do total.

Eixo 2: 107 contribuições, 39,5% do total.

Eixo 3: 41 contribuições, 15,1% do total.



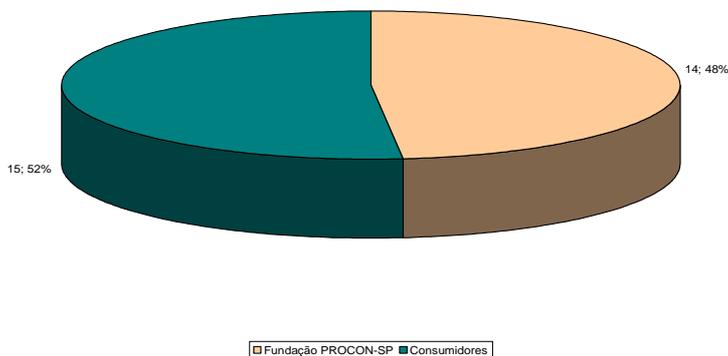
Contribuições externas em relação aos eixos.

Consulta	Número de contribuições		Número e características dos participantes	Eixo 1	Eixo 2	Eixo 3	Outros eixos
				Garantia de acesso e Qualidade Assistencial	Sustentabilidade e do Setor	Integração com o SUS	
Externa (CP 57)	271	271	42	123 (45,4%)	107 (39,5%)	41 (15,1%)	0
	Inclusão - 244 (90,0%)	OPS- 205 (75,7%)	OPS- 21 (50%)	Projetos:	Projetos	Projetos	
	Alteração - 26 (9,6%)	Consumidor - 29 (10,7%)	Consumidor - 12 (28,6%)	1.1 - 21 (24%)	2.1 - 14 (16%)	3.1 - 9 (10%)	
	Exclusão - 1 (0,4%)	Prestador - 23 (8,5%)	Prestador - 2 (4,8%)	1.2 - 31 (34%)	2.2 - 5 (6%)	3.2 - 4 (5%)	
		Gestor - 7 (2,6%)	Gestor - 3 (7,1%)			3.3 - 4 (5%)	
	Outros - 7 (2,6%)	Outros - 4 (9,5%)					
Interna (e-mail e Intranet)		35	10	2 (6%)	17 (48,6%)	5 (14%)	Governança e Gestão 11 (31,4%)
			Servidores	Projetos:	Projetos	Projetos	
			Todas as Diretorias	1.1 - 2	2.1 - 6 2.2 - 2	3.1 - 3 3.2 - 2	
Total		306	52	125	124	46	11

Quadro geral das contribuições à CP 57.

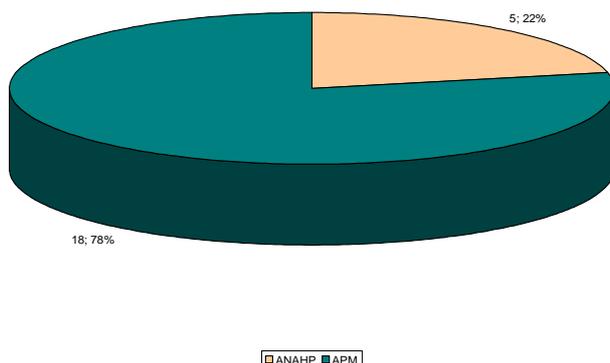
Do total de contribuições dos consumidores ou entidades de defesa do consumidor, 48% foram relativas à participação do PROCON-SP.

Participação dos consumidores na CP57



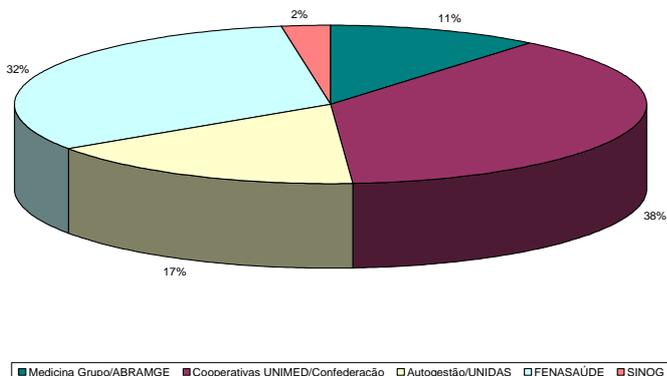
Com relação aos prestadores, 78% das contribuições foram realizadas pela Associação Paulista de Medicina (APM) e 22% foram contribuições da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP).

Participação dos Prestadores na CP57

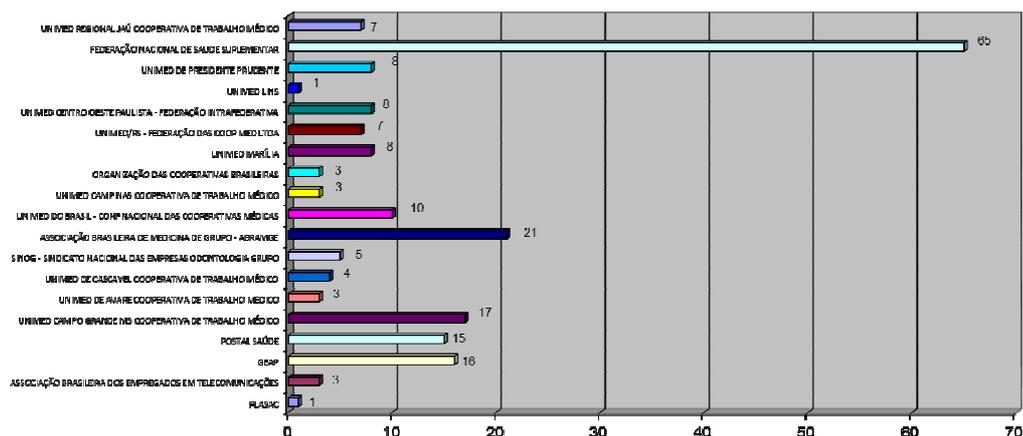


Com relação às Operadoras, a modalidade Cooperativas Médicas teve participação expressiva, com 38% das contribuições, seguida da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (FENASAÚDE), com 32% das contribuições, e das Autogestões (17%) das Medicinas de Grupo (11%) e do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG), com 2% do total das contribuições das operadoras. O detalhamento por representantes pode ser conferido nos gráficos subsequentes.

Distribuição segundo modalidade e representação das Operadoras



Número de contribuições segundo representantes das Operadoras



O gráfico abaixo apresenta o número total de contribuições, segundo os eixos e macroprojetos. É possível observar que o eixo da Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial teve o maior número de contribuições (123); isoladamente (71) e por macroprojeto (52). O eixo da Sustentabilidade do Setor apresentou 107 contribuições, sendo a maioria relativa ao eixo (88). Já o eixo da Integração com o SUS, apresentou 41 contribuições, sendo 24 relativas ao eixo e 17 relativas aos macroprojetos.

## 1. Garantia de acesso e qualidade assistencial

1.1 Remodelagem de prestação de serviços na saúde suplementar, com foco na qualidade.

1.2 Aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores

## 2. Sustentabilidade do Setor

2.1 Aprimoramento das regras para comercialização e dos planos individuais e coletivos

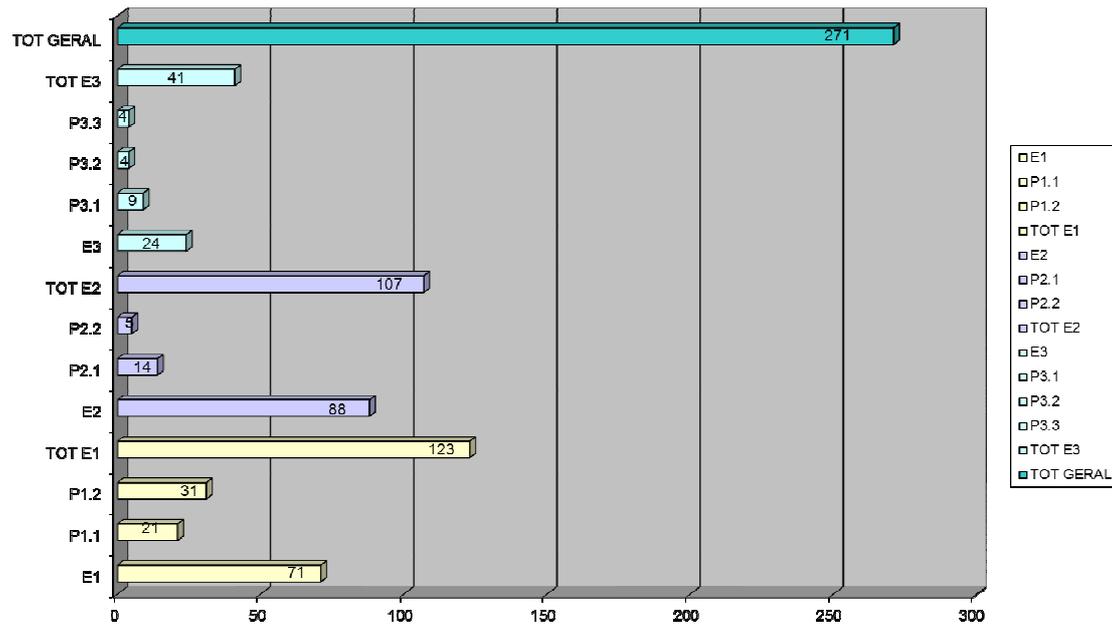
2.2 Estímulo à concorrência e transparência, e da escolha empoderada dos consumidores.

## 3. Integração com o SUS

3.1 Aprimoramento das interfaces de regulação de serviço

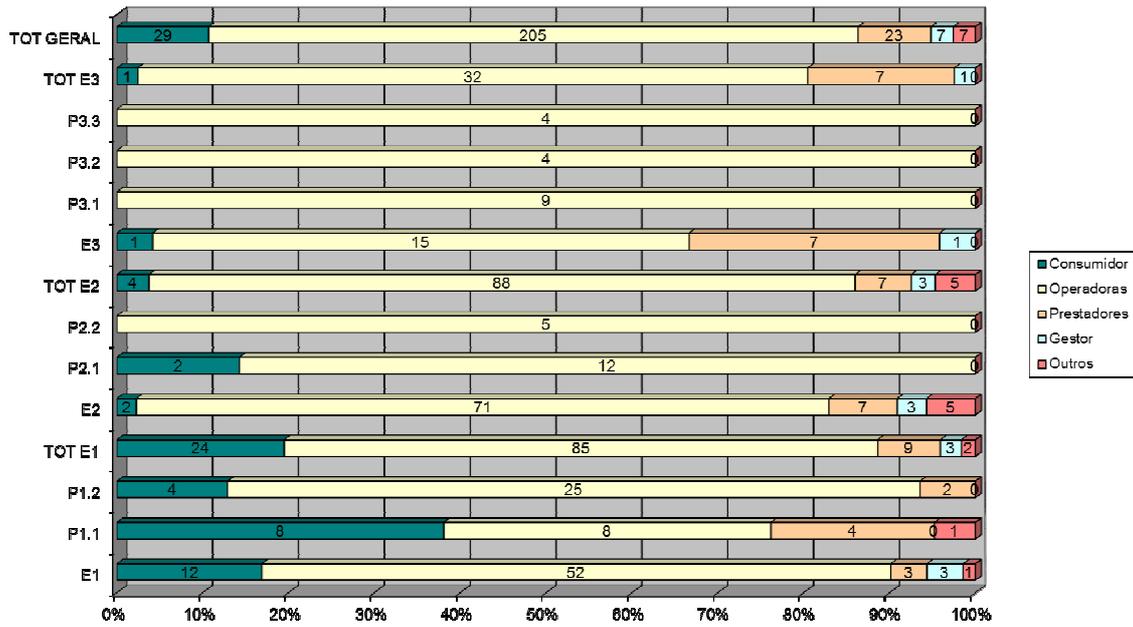
3.2 Análise regionalizada da prestação dos serviços.

3.3 Desenvolvimento do Registro Individualizado de Saúde: acesso e portabilidade de informações



Número de contribuições, por eixos e macroprojetos.

Na análise relativa às contribuições, por eixos e por público de interesse, pode-se observar que, com exceção das operadoras, os demais públicos ofereceram suas contribuições preponderantemente em relação ao eixos estruturantes. O eixo da Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial demonstrou ser o mais abordado sob o ponto de vista dos consumidores (82,8%) e prestadores (39,1%), também na perspectiva mais detalhada dos macroprojetos.



Número de contribuições, por eixos e macroprojetos, de acordo com o público de interesse.

## V - AVALIAÇÕES DAS CONTRIBUIÇÕES

Do aproveitamento inicial das contribuições e sua distribuição quanto aos eixos, o quadro a seguir permite uma análise qualitativa das principais contribuições, tendo sido apresentado na 81ª Câmara de Saúde Suplementar, em junho de 2015:

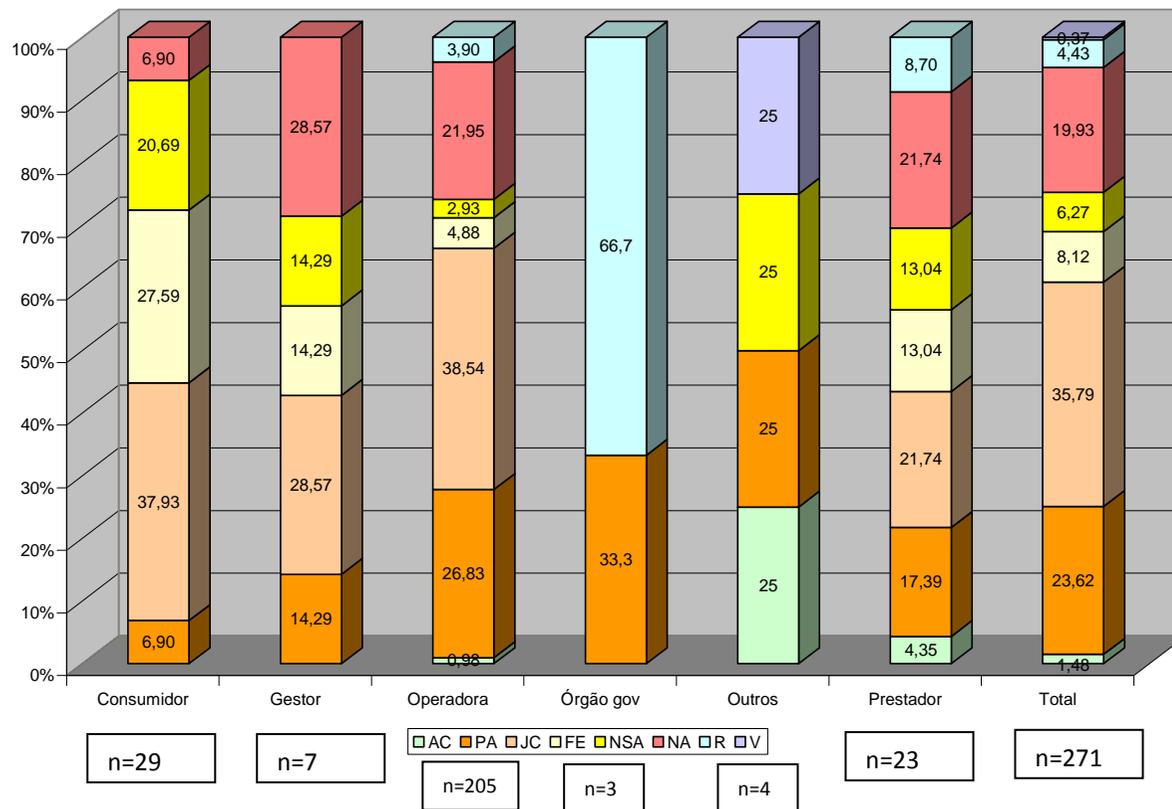
1. Garantia de acesso e qualidade assistencial	2. Sustentabilidade do Setor	3. Integração com o SUS
ROL DE PROCEDIMENTOS (referência) INTENSIFICAR A ESTRATÉGIA DE PROMPREV – INCENTIVOS EFETIVOS	INCENTIVAR O CONSUMO CONSCIENTE – CUIDADO PREVENTIVO E RESPONSABILIZAÇÃO	DEFINIÇÃO CLARA DOS PAPÉIS– MELHORIA DOS FLUXOS ENTRE PRESTADORES
REVISAR A RN 259, COM BASE EM ESPECIFICIDADES REGIONAIS	EQUALIZAR REGRAS ENTRE AB E OPS – PLANO COLETIVO POR ADESAO	CODIFICAÇÃO ÚNICA DE PROCEDIMENTOS (TUSS E SUS)
INCREMENTAR A FISCALIZAÇÃO EM RELAÇÃO ÀS NEGATIVAS DE ATENDIMENTO	CONTROLAR DISTORÇÕES EM RELAÇÃO ÀS OPMes/ DEFINIÇÃO GOVERNAMENTAL DAS TABELAS DE COMERCIALIZAÇÃO	NÃO INCIDÊNCIA DE RESSARCIMENTO AO SUS NOS CONTRATOS PÓS-PGTO COBRANÇA DE ACORDO COM A REDE
PROMOVER MAIOR PARTICIPAÇÃO DO CONSUMIDOR QUANDO DA SUBSTITUIÇÃO DA REDE	CRIAR PACOTES PARA PROCEDIMENTOS E PAGTO POR PERFORMANCE	UNIFORMIZAR OS ENTENDIMENTOS ENTRE O PODER EXECUTIVO E JUDICIÁRIO
REDUZIR RECLAMAÇÕES INDEVIDAS, POR MEIO DA NIP REDUZIR A JUDICIALIZAÇÃO	REPENSAR OS REAJUSTES DE ACORDO COM A SEGMENTAÇÃO DO PRODUTO	AMPLIAR PRAZO PARA IMPUGNAÇÃO DE RECURSO – RESSARCIMENTO AO SUS/DISCUSTR APACS
LIBERAÇÃO DE ATIVOS GARANTIDORES PARA A CONSTRUÇÃO/AMPLIAÇÃO DE SERVIÇOS PRÓPRIOS	PERMITIR A FLEXIBILIZAÇÃO DOS ATIVOS GARANTIDORES, SEJA PARA LONGO PRAZO OU DE ACORDO COM RESULTADOS	CNS - FACILITAÇÃO DA COBRANÇA DO RESSARCIMENTO E COMUNICAÇÃO ENTRE PRESTADOR DO SUS E OPS
PERMITIR NOVOS MODELOS DE PRODUTOS (VGBL SAÚDE E OFERTA OBRIGATÓRIA DE PLANOS COM FRANQUIA/COPARTICIPAÇÃO)	ADAPTAÇÃO DOS CONTRATOS – COMPULSÓRIA PARA TODAS AS REGULAMENTAÇÕES	PROCESSO ÚNICO DE DIRETRIZES E PROTOCOLOS INTEGRAÇÃO DE DADOS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL
criação de indicador de monitoramento do acesso e qualidade de acordo com a abrangência das OPS	IMPLEMENTAR EFETIVAMENTE A AIR ESTABELECE COMITÊ TÉCNICO-ROL PROCEDE À CONSOLIDAÇÃO DAS NORMAS	

Quadro resumo do aproveitamento das contribuições.

Na análise das contribuições, foi utilizada classificação semelhante ao processo de avaliação da agenda anterior. As contribuições eram classificadas como: acatadas ou parcialmente acatadas; já contempladas, não acatadas, não se aplica ou fora do escopo e, ainda, vazias (aplicativo) ou em revisão pela área técnica. O percentual de contribuições aceitas (acatadas; parcialmente acatadas ou já contempladas) foi de 60,89%, variando conforme o público, alcançando valores entre 33,3% e 66,83%.

## Avaliação das contribuições

Resultados da avaliação consolidada das contribuições da Agenda Regulatória 2016-18, segundo as áreas técnicas da ANS, por tipo de público (CP57).



Avaliação do conteúdo das contribuições:

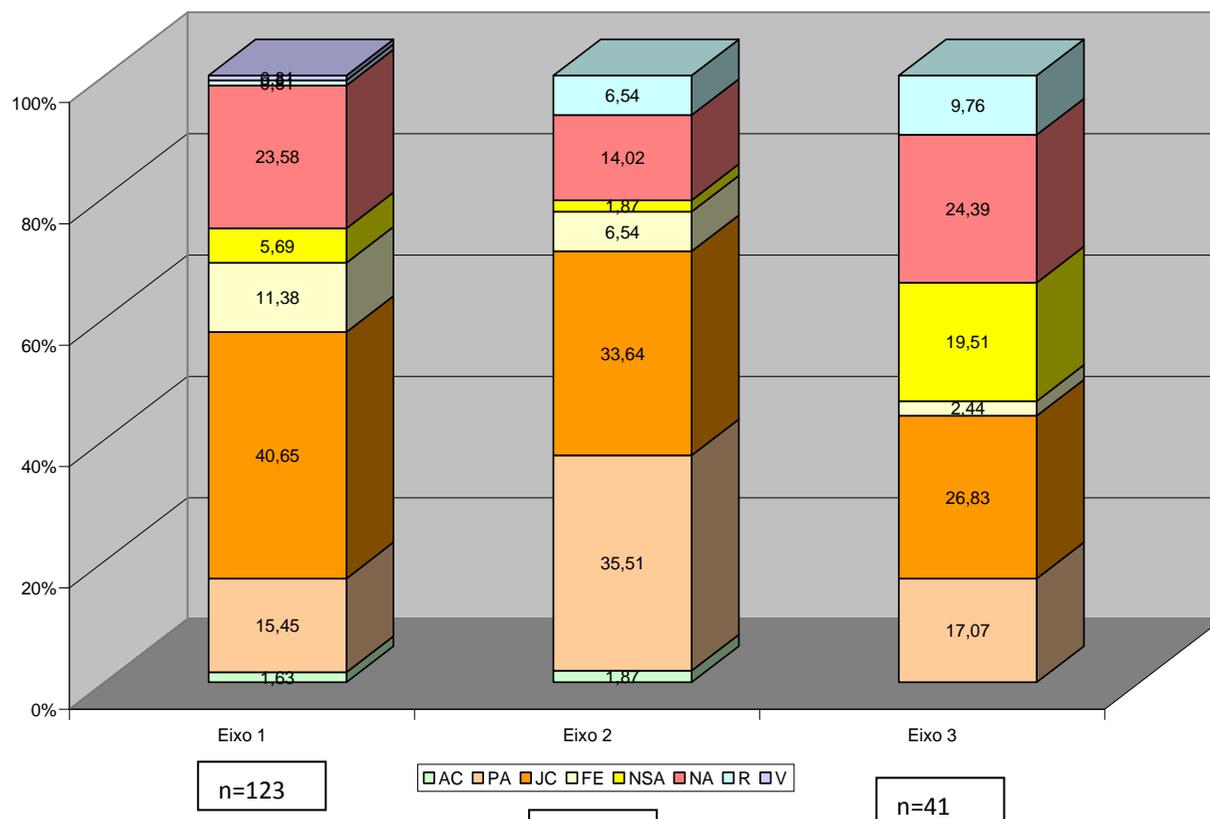
AC - acatado; PA – parcialmente acatado; JC – já contemplado; FE – fora do escopo; NSA – não se aplica; R – revisão pela área; V – vazio.

Analisando os resultados por eixos e macroprojetos, pode-se observar que o eixo 2 (Sustentabilidade do setor) apresentou proporção significativamente superior à aceitação das propostas, alcançando 72%, seguida pelo eixo 1 (Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial (58%) e pelo eixo 3 (Integração com o SUS), que alcançou 44%. O macroprojeto 2.2 (Aprimoramento das regras para comercialização e planos individuais e coletivos) apresentou o maior percentual de aceitação (93%), enquanto que o macroprojeto 3.2 (Análise regionalizada da prestação de serviços) não teve nenhuma contribuição aceita. Os demais variaram de 43% a 75%.

As contribuições relativas ao desenho das árvores de problemas propostas inicialmente podem ser conferidas no **Anexo I**.

O **Anexo II** apresenta todas as contribuições realizadas com sua análise, classificação e avaliação, segundo o número do protocolo emitido pelo aplicativo de consulta pública.

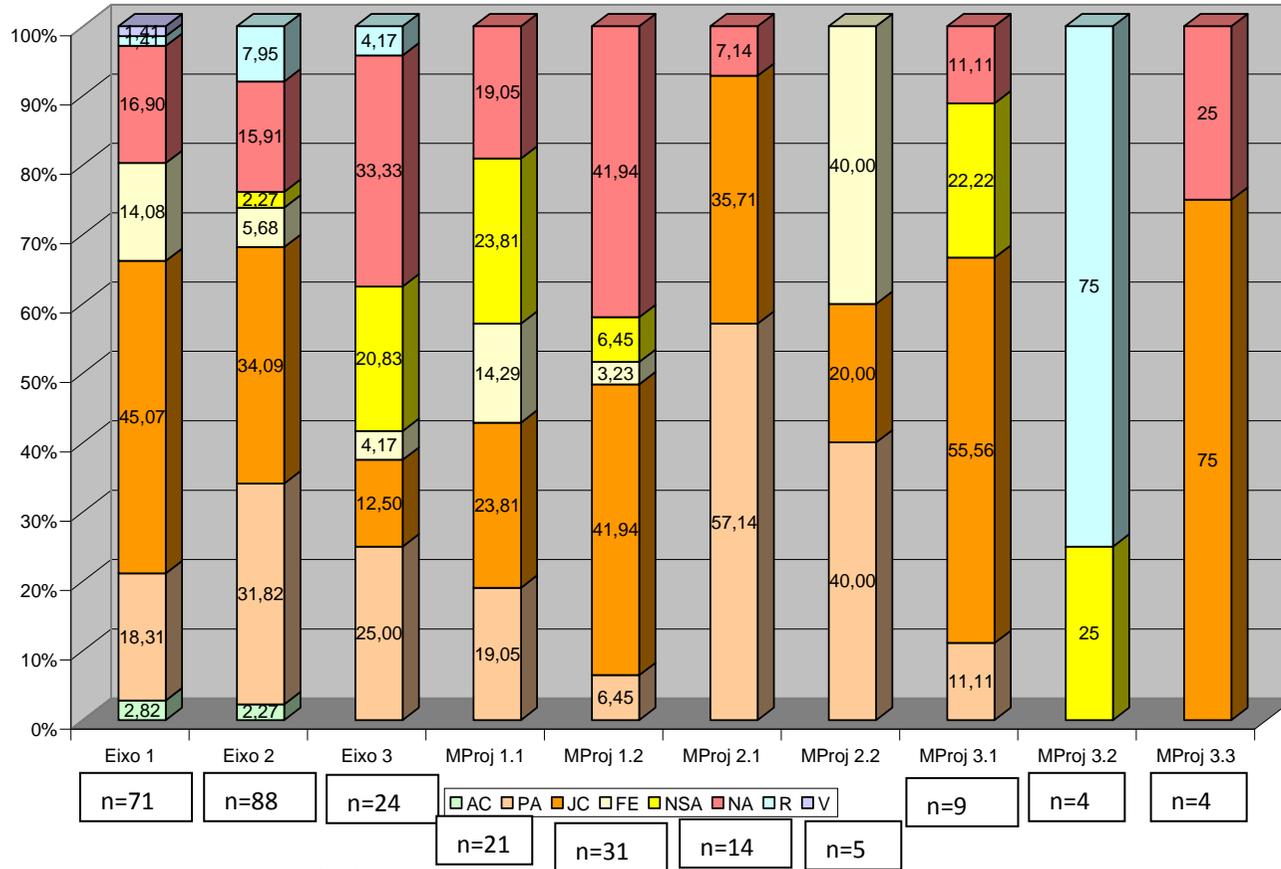
Resultados da avaliação consolidada das contribuições da Agenda Regulatória 2016-18, segundo as áreas técnicas da ANS, por eixo estruturante (CP57).



Avaliação do conteúdo das contribuições:

AC - acatado; PA – parcialmente acatado; JC – já contemplado; FE – fora do escopo; NSA – não se aplica; R – revisão pela área; V – vazio.

Resultados da avaliação consolidada das contribuições da AR 2016-18, segundo as áreas técnicas da ANS, por eixo estruturante e macroprojetos (CP57).



Avaliação do conteúdo das contribuições:

AC - acatado; PA – parcialmente acatado; JC – já contemplado; FE – fora do escopo; NSA – não se aplica; R – revisão pela área; V – vazio.

## **VI – Considerações Finais**

A terceira agenda regulatória da ANS apresentou uma construção que demonstra maturidade institucional, uma vez que aponta para soluções de problemas acumulados no setor, com uma macroestrutura capaz de informar a sociedade dos resultados alcançados.

Após toda a rodada de análise das contribuições recebidas pelas áreas técnicas da instituição, foi realizado realinhamento estratégico junto à Diretoria Colegiada, com a definição final da macroestrutura da Agenda, que será desenvolvida no próximo triênio (2016-18), conforme o quadro a seguir.

Um novo macroprojeto foi inserido no primeiro eixo, que trata da avaliação de novos modelos de produtos, buscando o equilíbrio entre risco econômico e qualidade assistencial. No segundo eixo, foi adicionado o termo *eficiência* ao projeto 2.2, que trata da concorrência e transparência e da escolha empoderada dos consumidores.

É importante ressaltar que foi formulado um quarto eixo, de Aprimoramento das interfaces regulatórias, que apresenta importante transversalidade e potencial para o alcance da efetividade dos demais macroprojetos propostos. Este eixo trata da gestão de riscos institucionais, da qualidade regulatória, do aperfeiçoamento da relação institucional com o setor regulado e o fortalecimento da articulação com órgãos de defesa do consumidor, Ministério Público, Defensoria Pública e com o Poder Judiciário.

**AGENDA REGULATÓRIA ANS 2016-2018:  
CONSOLIDAR, MONITORAR E APRIMORAR**

**EIXOS ESTRUTURANTES**

**1. GARANTIA DE ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL**

Macroprojetos:

- 1.1 Aperfeiçoamento do modelo de prestação dos serviços e seu financiamento na saúde suplementar, com foco na qualidade.
- 1.2 Aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade.
- 1.3 Avaliação de novos modelos de produtos: equilíbrio entre risco econômico e qualidade assistencial (VGBl; franquia e coparticipação)

**2. SUSTENTABILIDADE DO SETOR**

Macroprojetos:

- 2.1 Aprimoramento das regras para comercialização e dos planos individuais e coletivos
- 2.2 Estímulo à eficiência, à concorrência e à transparência, e da escolha empoderada dos consumidores.

**3. INTEGRAÇÃO COM O SUS**

Macroprojetos:

- 3.1 Aprimoramento das interfaces de regulação de serviço.
- 3.2 Análise regionalizada da prestação dos serviços.
- 3.3 Desenvolvimento do Registro Individualizado de Saúde: acesso e portabilidade de informações.

**4. APRIMORAMENTO DAS INTERFACES REGULATÓRIAS**

Macroprojetos:

- 4.1 Desenvolvimento do processo de gestão de riscos institucionais.
- 4.2 Aperfeiçoamento da relação institucional com o setor regulado.
- 4.3 Fortalecimento da articulação com os órgãos do Sistema Nacional de Defesa dos Consumidores, Ministério Público, Defensoria Pública e com o Poder Judiciário.
- 4.4 Aprimoramento da Qualidade Regulatória.

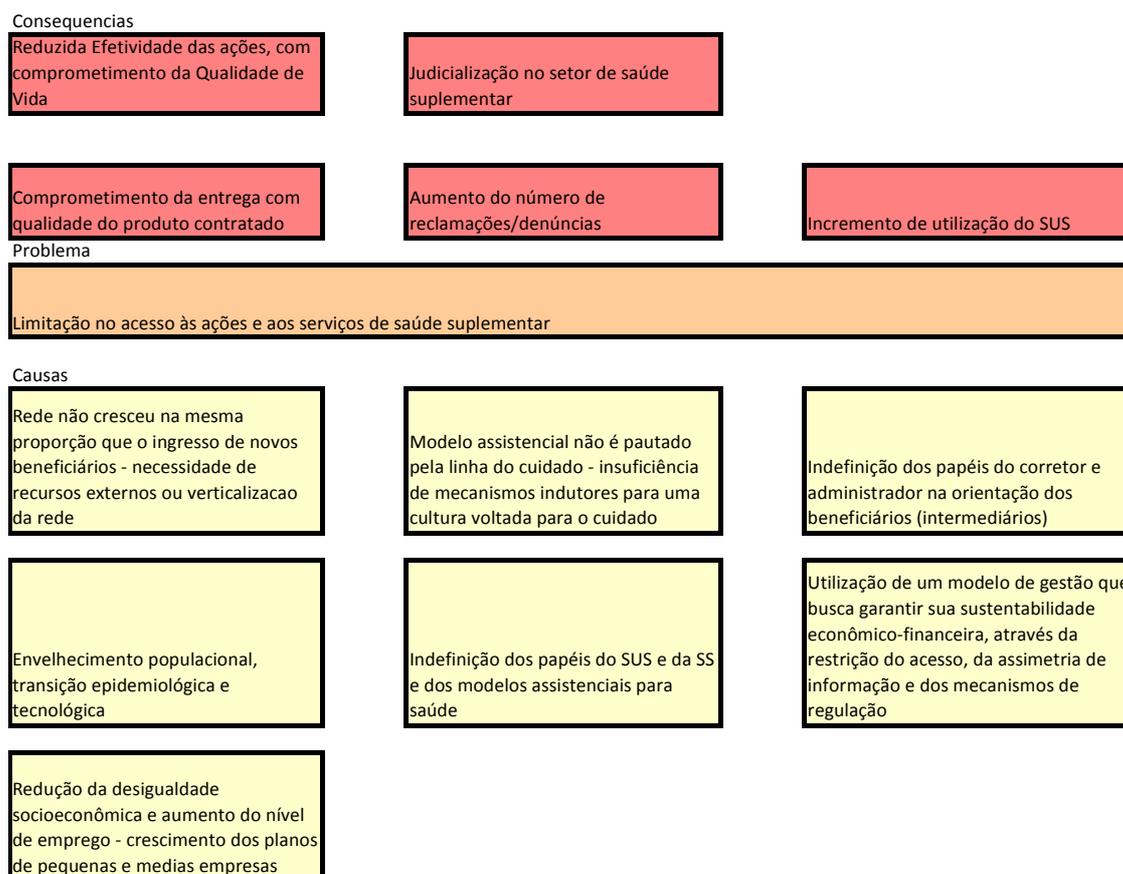
## Anexo I

### EIXOS ESTRUTURANTES

- GARANTIA DE ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL

A partir da análise do fluxograma abaixo (figura 1), construído com base nos debates e análises empreendidos ao longo das duas agendas regulatórias já implementadas é possível observar que a limitação no acesso às ações e aos serviços de saúde suplementar é influenciada por fatores intrínsecos ao sistema de saúde suplementar e a fatores extrínsecos. Dentre os fatores intrínsecos tem-se a vigência de modelo assistencial ainda *hospitalocêntrico*, centrado na cura de doenças em ambiente hospitalar, associada a um modelo de gestão que privilegia mecanismos para controle dos gastos baseados na restrição de acesso e mecanismos de regulação. Sobre esses fatores o setor apresenta maior governabilidade, sendo possível uma mudança em sua estrutura. Por fatores extrínsecos, entendem-se os fatores determinados em ambiente externo ao setor, tais como o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica e as mudanças no mercado de trabalho. No que diz respeito a esses últimos, é necessária a reformulação de ações e regras já estabelecidas de forma a incorporar uma nova condição/realidade.

Figura 1



### Macroprojetos:

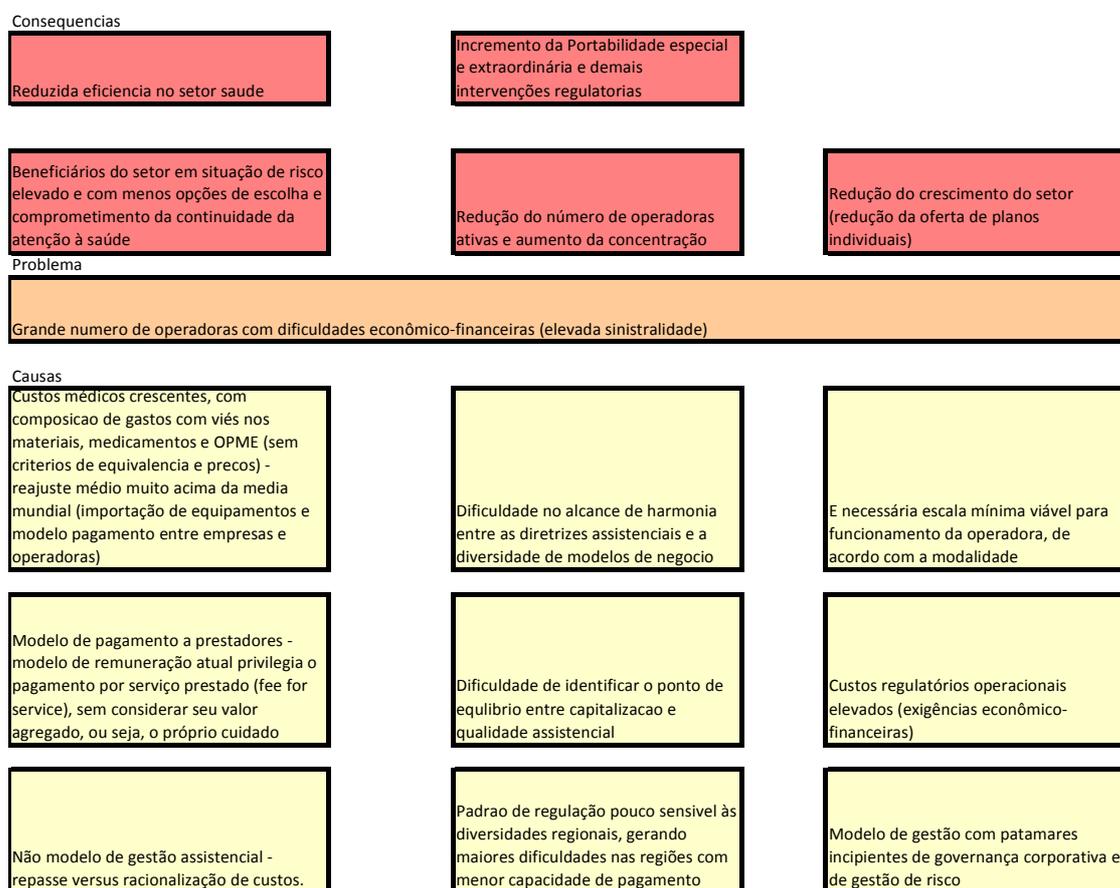
1. Remodelagem de prestação de serviços na saúde suplementar, com foco na qualidade.

2. Aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade.

- SUSTENTABILIDADE DO SETOR

O equilíbrio econômico financeiro do setor é bastante influenciado por questões como a inovação tecnológica e questões que afetam o regime financeiro/atuarial dos planos de saúde, tais como as mudanças na estrutura etária da população, os modelos de remuneração aos prestadores e as garantias financeiras para operação no mercado. A Figura 2 permite a identificação dos principais desafios econômicos enfrentados, tais como: avaliar o grau de concentração do mercado, identificar o público alvo dos planos de saúde, assegurar a atenção qualificada à saúde dos beneficiários com base no equilíbrio atuarial-financeiro das operadoras.

Figura 2



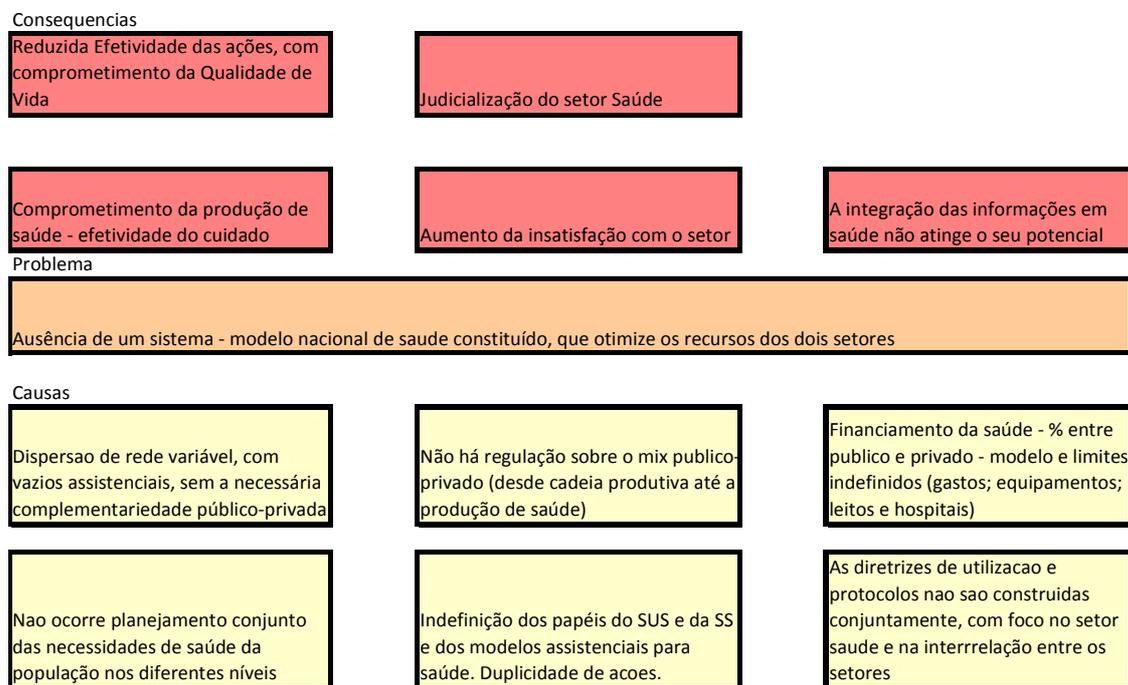
Macroprojetos:

- Aprimoramento das regras para comercialização e dos planos individuais e coletivos

- Estímulo à concorrência e transparência, e da escolha empoderada dos consumidores.
- INTEGRAÇÃO COM O SUS

Um dos maiores desafios para o setor da saúde no Brasil é atualmente o desenvolvimento e gestão de uma rede assistencial suficiente e de qualidade capaz de atender toda a população. Como pode ser observado na Figura 3, persistem lacunas importantes para a determinação das competências dos setores público e privado. Nesse contexto é imprescindível aprofundar os esforços que já vem sendo feitos pela ANS e MS quanto à identificação das interfaces na prestação dos serviços.

Figura 3



Macroprojetos:

- Aprimoramento das interfaces de regulação de serviço
- Análise regionalizada da prestação dos serviços.
- Desenvolvimento do Registro Individualizado de Saúde: acesso e portabilidade de informações

As seguintes contribuições relacionaram-se à árvore de problemas:

**Sob a perspectiva do prestador**, a árvore relativa à Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial não teve análise aprofundada sobre qualidade no diagnóstico do problema. É necessário abordar com mais profundidade a questão da qualidade assistencial e incluir explicitamente a questão da acreditação.

A Qualidade Assistencial deve ser parte de qualquer análise sobre restrição de acesso. Esta não ocorre apenas por negativas de cobertura e por diminuição de rede. As operadoras, buscando preços menores, contratam prestadores de serviço de saúde com baixa qualidade, restringindo o acesso a um atendimento adequado à saúde. É necessário tratar da questão da qualidade do prestador, e dar a devida ênfase a temas como acreditação - a alternativa é um contínuo decréscimo na qualidade do atendimento.

**Sobre o ponto de vista do consumidor**, na árvore relativa à Sustentabilidade do Setor, o problema "grande número de operadoras com dificuldade econômico-financeira" trouxe como consequência a "redução do crescimento do setor (redução da oferta de planos individuais)". Houve discordância dessa relação, sendo imputada a falta de regras claras para sua comercialização. Os planos coletivos por adesão tem maior aceitação porque são mais baratos e não porque é a melhor escolha para o consumidor.

**Anexo II - Contribuições e análises, segundo número do protocolo emitido pelo aplicativo de Consulta Pública – Agenda Regulatória 2016/18**

Item	Texto proposto	Comentário	PROTOCOLO (ID)	AVALIAÇÃO – COMENTÁRIOS DA ANS
Eixo Estruturante 2	Incluir Macroprojeto 3: Aprimoramento/Estabelecimento de critérios de responsabilização dos consumidores com relação aos cuidados com sua saúde. Visa auxiliar na temática de mudança do comportamento do consumidor na responsabilização com os custos em saúde, vendo-o como parte da cadeia e não apenas como objeto do processo.	É uma certeza científica que o cuidado preventivo com a saúde contribui para a qualidade de vida das pessoas, resultando em redução das necessidades de cuidados médico-assistenciais ao longo da vida. As operadoras têm investido nessa política assistencial, entretanto a resistência dos beneficiários em alterar comportamentos, muitas vezes, torna inviável o investimento, considerando o alto risco de não haver retorno.	5945	Pode-se acatar parcialmente a proposta indução de utilização consciente do plano, mas sem a responsabilização mencionada.
Eixo Estruturante 1	Não estou certa se a seção marcada está correta, mas gostaria que fosse incluído no rol de procedimentos obrigatórios para cobertura dos Planos de Saúde o procedimento denominado "Estabilização dinâmica de coluna".	Preciso fazer uma cirurgia de hérnia de disco e todos os médicos consultados optaram por uma cirurgia muito invasiva com artrodese. Optei por um médico, com larga experiência na área, que sugere uma cirurgia menos invasiva e que tem por objetivo a preservação maior da saúde da coluna. Tal procedimento, denominado "Estabilização dinâmica de coluna" não está incluído no rol de procedimentos obrigatórios para cobertura dos Planos de Saúde. Assim, sugiro incluir este procedimento.	5946	Fora do escopo - O pedido de inclusão de procedimento deve ser realizado via Consulta Pública do Rol de Procedimentos. De toda forma, estamos encaminhando a sugestão para a área responsável que avaliará a questão.

Eixo Estruturante 2	Sobre o problema "grande número de operadoras com dificuldade econômico-financeira" foi apontado como consequência a "redução do crescimento do setor (redução da oferta de planos individuais)". Não concordo que a redução da oferta de planos individuais seja oriundo deste problema!	Não vejo como consequência que a redução da oferta de planos individuais seja oriunda de dificuldade econômico-financeira das operadoras e sim, pela falta de regras claras para sua comercialização. Os planos coletivos por adesão tem maior aceitação porque são mais baratos e não porque é a melhor escolha para o consumidor! As operadoras praticam o que bem querem em seus contratos pela falta de regras claras e limites a serem seguidos. Logo, fogem da fiscalização e da aplicação de penalidades.	5947	Já contemplada na discussão sobre o tema do macroprojeto 2.1
Macroprojeto 1.1	Concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica, além de programas para Gerenciamento de Crônicos, e também para a prática de exercícios em academias de ginástica e condicionamento físico assistidos por profissionais graduados em Educação Física.	O segmento de academias de ginástica se caracteriza por suas interveniências com vários segmentos de mercado, principalmente, os de saúde, estética e entretenimento. A interveniência entre a prática de exercícios e saúde foi ressaltada pelo Dr. Cooper desde a década de 70. As academias, entretanto, ainda não exploram devidamente este ponto de interseção com a área médica por falta de articulação entre o poder público e privado neste sentido.	5948	NSA - prerrogativa das operadoras ofertarem prêmios como descontos em academias

<p>Macroprojeto 1.1</p>	<p>Concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica, além de programas para Gerenciamento de Crônicos, e também para a prática de exercícios em academias de ginástica e condicionamento físico assistidos por profissionais graduados em Educação Física.</p>	<p>O segmento de academias de ginástica se caracteriza por suas interveniências com vários segmentos de mercado, principalmente, os de saúde, estética e entretenimento. A interveniência entre a prática de exercícios e saúde foi ressaltada pelo Dr. Cooper desde a década de 70. As academias, entretanto, ainda não exploram devidamente este ponto de interseção com a área médica por falta de articulação entre o poder público e privado neste sentido.</p>	<p>5949</p>	<p>NSA - prerrogativa das operadoras ofertarem prêmios como descontos em academias</p>
<p>Eixo Estruturante 1</p>	<p>"Assistência Farmacêutica" : Entendemos que o acesso aos medicamentos prescritos a nível ambulatorial como já discutido no Grupo de Trabalho constituído, na Agenda Regulatória 2011-2012 , é indissociável da eficácia do resultado dos tratamentos em saúde suplementar e como tal agravante sensível de sinistralidade e qualidade assistencial. A falta de uma política clara desta Agencia sobre o tema, acaba ainda influenciando em busca de acesso no SUS ou via judicialização.</p>	<p>Prezados Senhores Uma das grandes lacunas do modelo assistencial vigente, continua sendo o da falta de cobertura para os medicamentos prescritos em nível ambulatorial. O tema "Assistência Farmacêutica " fez parte da Agenda Regulatória desta Agencia no Biênio 2011-2012, tendo resultado na RN 310, que na prática se mostrou inócua. Posteriormente pela urgência do tema e por demandas da Sociedade via Senado, a ANS baixou a RN 338 e a RN 349 ampliando cobertura de oncológicos orais e outros.</p>	<p>5950</p>	<p>NÃO ACATADO, POIS ENVOLVE ALTERAÇÕES NA LEI</p>

<p>Macroprojeto 1.1</p>	<p>Não, concordo com a remodelagem proposta, porque quem sai no prejuízo é o cliente, uma pessoa solteira, sem filhos, por exemplo não poder contratar um plano de Saúde, porque não existem mais, ou quem tem filho único, está meio confuso essa remodelagem. E porque aumentar tanto o preço, só por ser individual, afinal as operadoras não vão gastar tanto assim, quando é um cliente só gostaria de entender, o porquê da mudança, e porque não vender mais planos individuais.</p>	<p>Porque resolveram complicar mais a vida da Gente. A gente paga tudo bonitinho, e na maioria das vezes não conseguimos agendar consultas no prazo que a própria Ans, determinou. Sem falar na falha de assistência hospitalar e ambulatorial, que a maioria das regiões não tem. um exemplo pra vocês terem uma ideia de como as operadoras falham nesse ponto, que é o mais importante: o paciente que mora na zona leste de sp, se precisar de uma internação, não tem suporte no bairro que ele mora,</p>	<p>5951</p>	<p>JC - A proposta não se aplica ao eixo 1 e, sim, ao eixo 2. Nesse sentido, já está sendo discutida no âmbito do projeto 2.1.</p>
<p>Macroprojeto 1.2</p>	<p>Essas mudanças que vão fazer, não vai melhorar nada a vida do cliente, e sim das operadoras de Saúde o cliente paga muito, pelo que é oferecido, isso quando oferecem</p>	<p>Continuação da primeira postagem, a operadora só consegue um vaga do outro lado no final da zn de sp em osasco, isso é justo, é correto com o cliente, são 2 Ônibus, 2 metrô, e o tempo de 3 a 4 horas de viagem pra família visitar, em hospitais que só tem 1 horário de visita, da 9 as 10 da manhã, que hora que esse familiar vai sair pra tá no hospital, no mínimo 4 horas da manhã. Portanto revejam isso que esse modelo de saúde não vai servir não. Se já estamos com dificuldades imaginem, depois.</p>	<p>5952</p>	<p>JC - A proposta não se aplica ao eixo 1 e, sim, ao eixo 2. Nesse sentido, já está sendo discutida no âmbito do projeto 2.1.</p>

Macroprojeto 1.1	Essas novas mudanças vão ser prejudiciais para os usuários, com certeza. Acabando com o plano individual, qual serão as melhorias. Melhorem os contratos, diminuindo as cláusulas que beneficiam somente as operadoras, os contratos tem mais 100 artigos, que 20 são direito do cliente, 80 da operadora. Então façamos o seguinte, coloque nesses contratos o que é de direito de ambas as partes, o cliente pagou em dia, não tem carência pendente, a operadora cumpre a parte dela.	Na maioria das vezes o cliente paga o convenio há 2 ou mais anos, e quando ele precisa de um exame de alta complexidade a operadora não cobre, ou só tem laboratórios fora da região do cliente, o cliente tem que viajar de uma ou até 3 horas, os hospitais centrais nunca tem vagas pra internação. E porque um plano individual de 0 a 2 anos, tem que pular de 200 e poucos reais pra 700 a 800 reais, está ficando difícil entender o órgão que fiscaliza tudo isso. Nenhuma operadora cobre quimioterapia, quem	5953	JC - A proposta não se aplica ao eixo 1 e, sim, ao eixo 2. Nesse sentido, já está sendo discutida no âmbito do projeto 2.1.
Macroprojeto 1.1	Prezados, solicito que seja visto e incluso no Rol da ANS o processo de Redução Mammaia por problemas de coluna e gigantomastia. Atualmente estou em processo burocrático com o Plano por uma simples ação em questão a SAÚDE onde se enquadra problemas na cervical, problemas psicológicos, limitações para uma vida normal. Nós mulheres ficamos indignadas com a liberação da Ginecomastia ( Masculino ) como sendo um problema social e aceito na ANS. Na ginecomastia não é classificado como Estético.	Nas mulheres é considerado lamentavelmente como estético algo que é comprovado por problemas de coluna e outros. Onde fica os direitos humanos para mulher? Acredito que o Homem não tem sua coluna desviada ou limitações por ter "seios". E seria apenas um problema social e psicológico. Revejam os conceitos por não estar visualizando a MULHER, A SAÚDE DA MULHER que carrega dores, limitações, constrangimentos e é tratada como uma "assassina" ao passar por esse processo nos Planos de Saúde.	5954	Fora do escopo - O pedido de inclusão de procedimento deve ser realizado via Consulta Pública do Rol de Procedimentos. De toda forma, estamos encaminhando a sugestão para a área responsável que avaliará a questão.

Eixo Estruturante 1	Com o índice de Câncer de Mama e problemas de coluna e outros não seria a hora de rever esse quadro. Ou a Mulher precisa ser mutilada ou obter o Câncer de Mama para obter uma qualidade de vida normal. Porque o HOMEM tem esse direito no Rol? Onde fica a Saúde da Mulher? Analisem os fatos. Será que não podemos adquirir direitos iguais e seria uma prevenção contra futuras problemas, seja Câncer, coluna, etc.	Fato é que, em geral, mulheres com seios de grande volume tem obesidade, e essa doença é bastante relacionada ao aumento do risco de desenvolver câncer de mama. Isso quer dizer que mulheres acima do peso tem um risco maior de desenvolver câncer de mama que mulheres dentro do peso ideal. Assim como pacientes que já tiveram câncer de mama e sofrem com obesidade tem maior risco de retorno da doença e maior risco de morte por câncer de mama. Outro fator relacionado com as mamas de grande volume é o	5955	Fora do escopo - O pedido de inclusão de procedimento deve ser realizado via Consulta Pública do Rol de Procedimentos. De toda forma, estamos encaminhando a sugestão para a área responsável que avaliará a questão.
Eixo Estruturante 1	Outro fator relacionado com as mamas de grande volume é o fato delas dificultarem o exame mamário, ou seja, é mais difícil para as pacientes e também para os médicos perceberem nódulos em meio a mamas volumosas.	Por fim, estou à disposição para esclarecimentos e sejam sensatos. Olhem para Mulher como Olham para os Homens. Direitos justos e com propósitos.	5956	Fora do escopo - O pedido de inclusão de procedimento deve ser realizado via Consulta Pública do Rol de Procedimentos. De toda forma, estamos encaminhando a sugestão para a área responsável que avaliará a questão.
Eixo Estruturante 2	Para ampliar as análises macroeconômicas necessárias ao monitoramento dos eixos 2 (sustentabilidade do setor) e 3 (integração com o SUS) a Agência Nacional de Saúde Suplementar intensificará sua participação na produção da Conta Satélite de Saúde, elaborada nos Termos Portaria Interministerial n.º 437, de 01 de Março de 2006	Retificação ao texto proposto no Protocolo 1769 A ANS carece de ferramentas para monitoramento macroeconômico dos eixos 2 e 3, que viabilizariam melhores análises de mercado. AA Conta Satélite de Saúde (CSS) pode derivar estatísticas e indicadores macroeconômicos para o setor e mercados conexos rigorosamente compatíveis com o Sistema de Contas Nacionais, base para cálculo do PIB brasileiro. A Plataforma das CSS já inclui a ANS, que necessita de inserção mais ativa na produção da CSS.	5957	Proposta aceita - não se configura como novo macroprojeto, mas será importante para o monitoramento dos projetos dos eixos 2 e 3

Eixo Estruturante 1	A fiscalização mais rigorosa das operadoras de saúde, quanto as negativas de atendimento .	Ainda há por parte das operadoras negativas indevidas na assistência médico-hospitalar dos beneficiários associados.	5958	NA - As reclamações de negativa de cobertura levam à sanção, quando há indício de infração, quanto à suspensão da comercialização
Eixo Estruturante 3	"... o progresso técnico e a forma como se dá a incorporação de tecnologia nos sistemas de saúde ", deve se acrescentar a capacitação de pessoal para lidar com esse progresso técnico	Não adianta ter um excelente nível técnico tecnológico se não tiver pessoal preparado, capacitado para fazê-lo.	5959	JC - A qualidade está sendo discutida no âmbito das iniciativas da ANS, relativas ao eixo 1; a capacitação e qualificação dos prestadores é fundamental nesse novo modelo de prestação de serviços
Eixo Estruturante 1	Garantia de acesso ao amplo atendimento das necessidades dos associados na rede autorizada para obter melhor qualidade assistencial.	Planos de saúde operam com seu NOME mas oferecem PRODUTOS DISTINTOS (PLANOS) que prejudicam seus associados quando da necessidade de atendimento em determinados estabelecimentos em cujo manual e via consulta telefônicas são indicados, mas não atendem PRODUTOS específicos. Exemplo ocorrido: Plano Sul América atende no Hospital Mater. Dei conforme manual e publicidades porem ao procurar esta unidade se recusou ao atendimento devido ao PRODUTO 545 exposto na carteirinha de associado não incluído.	5965	JC - A garantia de acesso à informação é parte integrante da melhoria da qualidade: várias iniciativas da ANS estão caminhando nessa linha de divulgação das informações, do georreferenciamento das redes e do maior empoderamento e transparência, conforme descritos no eixo 2.

Macroprojeto 1.1	Sou Enfermeiro e atuo no ramo regulção percebo que há uma brecha no tocante ao cuidado domiciliar, onde o cliente não necessita do profissional técnico mas sim do profissional cuidador que hoje não é amparado por não possuir reconhecimento profissional. A sugestão é que este seja amparado pela norma com a criação de um código para tal serviço e regulamentação da prestação do referido atendimento respaldada por relatório Médico sob supervisão do Enf prescrevendo os cuidados necessários.	Abrangência da cobertura dos serviços de recuperação e restabelecimento da saúde em regime domiciliar.	5971	NA - POIS ENVOLVE ALTERAÇÕES NA LEI
Macroprojeto 1.1	Remodelagem de prestação de serviços na saúde suplementar, com foco na resolutividade e na qualidade.	Para a análise de sustentabilidade do Setor a aferição da resolutividade deve ser pressuposto ao foco na qualidade.	5973	NA - O QUE SE BUSCA COM A QUALIDADE, É JUSTAMENTE UMA FORMA DE ALCANCE DA EFETIVIDADE OU RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE
Macroprojeto 2.1	Aprimoramento das regras para a comercialização e dos planos individuais e coletivos, excepcionalizando as características diferenciadas dos modelos das Autogestões	Nenhum dos modelos de Autogestões previstos na RN 137, e suas alterações, tem características que se submetem ao conceito de comercialização. Sejam elas capituladas nos incisos I, II ou III da RN citada. As resoluções ou instruções editadas devem, por princípio jurídico, distinguidas a operacionalização das Autogestões das demais Operadoras, sob pena de ofensa constitucional.	5974	JC -A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento das regras para comercialização e dos planos individuais e coletivos. Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pelo Boletim de Serviço ANO 15 - Nº 54 RIO DE JANEIRO 30/04/2015

Macroprojeto 2.2	Estímulo à concorrência e transparência, e da escolha empoderada dos consumidores, excepcionando as características diferenciadas dos modelos das Autogestões.	Nenhum dos modelos de Autogestões previstos na RN 137, e suas alterações, tem características que se submetem ao conceito de comercialização e, portanto, o estímulo à Concorrência deverá excepcionar as Autogestões. Sejam elas capituladas nos incisos I, II ou III da RN citada. As resoluções ou instruções editadas devem, por princípio jurídico, distinguidas a operacionalização das Autogestões das demais Operadoras, sob pena de ofensa constitucional.	5975	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "estímulo à concorrência e transparência, e da escolha empoderada dos consumidores".
Eixo Estruturante 2	Seria importante determinar às operadoras que façam exames preventivos anuais nos consumidores, a fim de que se evitem gastos futuros com doenças que poderiam ser detectadas precocemente, dando mais atenção à saúde do cliente e promovendo a sustentabilidade do plano no longo prazo. Poderia ser montado, em conjunto com entidades da classe médica, um conjunto de exames preventivos necessários para cada faixa etária, por exemplo, 20-30, 30-40,40-50, com custos divididos entre cliente e operadora.	Atuação preventiva da operadora visando a evitar gastos maiores no futuro com internações e exames aos pacientes.	5979	NSA- As iniciativas na promoção à saúde e prevenção de doenças são de indução; não há como torná-las obrigatórias.

<p>Eixo Estruturante 1</p>	<p>Necessidade de estabelecer direitos e deveres para todos os participantes dos sistema de saúde suplementar: beneficiários, prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde, isto é estender os poderes de intervenção da agência para os prestadores de serviços e beneficiários.</p>	<p>Com a publicação da RN 259 muitos prestadores solicitaram descontração para fazerem o atendimento por meio de pagamento administrativo antecipado e com valores iguais ou acima do valor cobrado de pacientes particular</p>	<p>5981</p>	<p>FE - A ANS regula as operadoras, de acordo com o seu marco legal. Na sua relação com prestadores e beneficiários, a ANS regula indiretamente os demais atores.</p>
------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 1	<p>É incontroverso que o serviço público de saúde no Brasil é deficitário e prestado de maneira precária, o que pode ser constatado pela análise do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que avalia o acesso e a qualidade dos serviços de saúde pública no país. O IDSUS 2012, que avaliou 24 indicadores de desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2008 a 2010, apontou que o maior problema no país é o acesso. Os pacientes têm dificuldade em conseguir atendimento, principalmente (continua)</p>	<p>(continua) nos hospitais, e para os procedimentos mais complexos. De 0 a 10, a nota nacional foi 5,4. Contudo, esta não é uma realidade encontrada apenas no serviço público de saúde, mas também na saúde suplementar, onde o consumidor contrata um plano de saúde para garantir assistência médico-hospitalar e/ou odontológica sempre que precisar, mas acaba sendo surpreendido com negativas de cobertura, dentre outros problemas. Conforme informações extraídas do Manual de Planos de Saúde (continua)</p>	5983	<p>JC - Risco assistencial relaciona acesso e qualidade</p>
Eixo Estruturante 1	<p>Continua ... elaborado pela SENACON e divulgado em 2014, através das reclamações de saúde detectadas pelos órgãos que compõe o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, é possível afirmar que os problemas de consumo relacionados com o segmento de saúde podem ser divididos em dois grandes grupos. No primeiro, estão as questões que afetam diretamente o consumidor: negativa de cobertura e outros descumprimentos contratuais, reajuste, portabilidade de carências, quebra de operadoras a (continua)</p>	<p>(continua) alienação de carteira, barreiras para idosos e pessoas portadoras de doenças preexistentes na contratação. No segundo grupo estão questões regulatórias: relacionamento das operadoras de planos de saúde com os prestadores de serviço; estrutura de atendimento ao consumidor, começando pelo SAC e terminando na própria rede de prestadores; lacuna na regulação em relação aos contratos coletivos; diminuição da comercialização de planos individuais, práticas mercadológicas desleais (continua)</p>	5984	<p>FE - trata-se de classificação; não de contribuição</p>

Eixo Estruturante 1	<p>Conti...e enganosas e o controverso ressarcimento ao SUS. No início de 2014 entrou em vigor o novo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (RNs 338/13 e 349/14), trazendo inovações como medicamentos orais contra câncer, o rastreamento de doenças genéticas e as ampliações de cirurgias menos invasivas e de consultas com profissionais de diversas áreas, contudo, a postura das operadoras de saúde permanece resistente com poucas proposições conciliatórias, tendo em vista o referido Rol e suas (cont..</p>	<p>Conti...Diretrizes de Utilização. Ratificamos entendimento reiterado desta Fundação em Consultas Públicas anteriores, de que o Rol de Procedimentos representa uma referência mínima de cobertura obrigatória, logo, não deve e não pode ser utilizado pelas operadoras de planos de saúde como referência única de modo a gerar, automaticamente, a exclusão de cobertura de procedimentos não listados. Assim, mesmo que um determinado procedimento não constante do rol for clinicamente justificado, (conti...)</p>	5985	<p>Fora do escopo - O pedido de inclusão de procedimento deve ser realizado via Consulta Pública do Rol de Procedimentos. De toda forma, estamos encaminhando a sugestão para a área responsável que avaliará a questão.</p>
Eixo Estruturante 1	<p>Conti...deve ter sua cobertura apreciada pela operadora. Neste ponto, ressaltamos entendimento sumulado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo acerca da questão: %u201CSúmula 96: Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento%u201D. Considerando que as operadoras de saúde devem por essência fornecer ao seu consumidor todos os meios necessários para a garantia da sua saúde e restabelecimento no caso de (cont.</p>	<p>conti...de enfermidade, a postura resistente para a liberação de diversos procedimentos é indevida, podendo gerar inclusive um agravamento da situação do consumidor, o que merece a necessária atenção da Agência Reguladora para que seja coibida a prática reiterada de negativa de cobertura baseada única e exclusivamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A relação divulgada pela ANS deve ser considerada um patamar mínimo para o atendimento do consumidor, cabendo ao médico (conti...)</p>	5986	<p>Fora do escopo - O pedido de inclusão de procedimento deve ser realizado via Consulta Pública do Rol de Procedimentos. De toda forma, estamos encaminhando a sugestão para a área responsável que avaliará a questão.</p>

Eixo Estruturante 1	<p>conti...determinar qual o melhor tratamento indicado ao paciente no caso concreto, não podendo haver interferência do plano/operadora. Com relação as Diretrizes de Utilização, sugerimos a flexibilização dos critérios a serem preenchidos para que a cobertura do procedimento se torne obrigatória, bem como a ampliação dos casos que o consumidor terá acesso ao procedimento Outro problema de acesso que vem sendo observado recentemente, é o crescente fechamento de maternidades e hospitais para (conti.</p>	<p>conti..atendimento em Pronto Socorro de pediatria, sem que a operadora do plano de saúde faça a substituição dos prestadores por outros equivalentes. Na cidade de São Paulo, podemos citar a Maternidade Santa Catarina, com queixa de diversos consumidores no site %u201CReclame Aqui%u201D de que a mesma não foi substituída por outra equivalente (<a href="http://www.reclameaqui.com.br/busca/?q=maternidade+santa+catarina&amp;=buscar">http://www.reclameaqui.com.br/busca/?q=maternidade+santa+catarina&amp;=buscar</a>), bem como o Hospital Santa Virgínia, que fechou o Pronto Socorro pediátrico em (conti..</p>	5987	FE/NSA
Eixo Estruturante 1	<p>Conti...18/04/2015. A rede hospitalar é um dos fatores determinantes para a escolha do consumidor por um determinado plano de saúde, mas muitas vezes ele é surpreendido com a alteração indesejada desta rede, havendo uma modificação unilateral no seu contrato. Em que pese o direito de ter a substituição do prestador, o consumidor não tem nenhuma participação na escolha do substituto, o que lhe coloca em desvantagem exagerada frente a operadora de plano de saúde. Assim, para minimizar (...)</p>	<p>Conti...minimizar os prejuízos suportados pelo consumidor, é essencial que o fornecedor cumpra com o seu dever de informação e transparência, conforme determinam os artigos 6º, III, e 46 do CDC. Dada a importância da rede conveniada, especialmente a hospitalar, e as consequências que as alterações na mesma podem ocasionar ao consumidor, sugerimos que ele seja comunicado individualmente sobre o descredenciamento de hospitais e substituição por outro equivalente, , não bastando a comunicação (cont</p>	5988	<p>PA - Substituição da rede: equivalência e comunicação. Foram regulamentadas normas que estabelecem as regras para substituição de prestadores descredenciados e comunicação ao consumidor,</p>

Eixo Estruturante 1	Conti..através da Central de Atendimento e Portais Corporativos na internet, que devem ser atualizados de imediato, tendo em vista os inúmeros problemas relatados diariamente acerca do SAC e pelo fato de que nem todos os consumidores tem acesso à internet, o que se observa principalmente entre os idosos, analfabetos e pessoas menos favorecidas. Pontuamos que deve ser estabelecida uma periodicidade para o envio da referida comunicação individual ao consumidor, não superior a 3 meses, que (conti..	Conti...será dispensável somente se não houver nenhuma alteração na rede hospitalar neste período. Ademais, se faz necessário um controle mais rígido da agência reguladora na fiscalização do credenciamento da rede e substituição do prestador por outro equivalente, nos moldes legais.	5989	PA - Substituição da rede: equivalência e comunicação. Foram regulamentadas normas que estabelecem as regras para substituição de prestadores descredenciados e comunicação ao consumidor,
Macroprojeto 1.1	A ANS divulgou o Índice de Reclamações de Operadoras de grande porte, referente ao período de março/2013 a fevereiro/2015, sendo apurada uma média de 30.952 reclamações no setor. Outro dado relevante é a avaliação de desempenho das operadoras, realizada pela ANS através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar %u2013 IDSS, calculado a partir de indicadores de Atenção à Saúde (IDSA), Econômico-financeira (IDEF), Estrutura e Operação (IDEO) e Satisfação do Beneficiário (IDSB). Analisando (conti..	Conti..o IDSS 2014 e considerando que a nota varia de 0 a 1 (zero a um), verifica-se que apenas 18% das operadoras médico-hospitalares estão situados na melhor faixa de IDSS (nota 0,8 a 1) e somente 10,5% dos beneficiários se enquadram nessa mesma faixa. Diante deste cenário, fica evidente a má prestação do serviço pelas operadoras de planos de saúde e consequente descumprimento contratual, frustrando a justa expectativa do consumidor de receber um serviço de qualidade. O dever do consumidor (cont	5990	NSA - O Programa de Qualificação de Operadoras está em fase de reestruturação e as sugestões referentes a peso, composição e alocação dos indicadores será oportunamente discutida.

<p>Macroprojeto 1.1</p>	<p>Cont..é pagar as mensalidades do plano de saúde tempestivamente, sendo que em caso de atraso superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, ao longo de um ano, é penalizado com a rescisão contratual (artigo 13, inciso II, da Lei 9656/98). Por outro lado, o descumprimento do contrato por parte das operadoras é frequente e os problemas reiterados, mas elas não vêm sofrendo penalidades que impliquem na mudança efetiva do seu comportamento. Para que o serviço contratado atenda sua (conti..</p>	<p>(conti...finalidade, é imprescindível que o consumidor tenha seus direitos respeitados, sendo necessária uma atuação mais incisiva da Agência Reguladora diante dos reais problemas enfrentados pelos usuários de plano de saúde diariamente, e baseado nesses, sejam adotadas medidas mais severas contra as empresas, a fim de desestimular práticas abusivas e descumprimento contratual.</p>	<p>5991</p>	<p>JC - Trata-se de discussão do eixo 2, no âmbito da comercialização e das regras para planos individuais/coletivos</p>
<p>Macroprojeto 1.2</p>	<p>As reclamações apresentadas pelos consumidores de planos de saúde podem ser consideradas um termômetro para medir a qualidade do serviço prestado pela operadora e o nível de adimplemento contratual das empresas, tanto é que compõe um dos critérios para apurar os Indicadores da Dimensão Satisfação dos Beneficiários (IDSB). O monitoramento desses dados é de fundamental importância para que sejam adotadas medidas para coibir a reincidência dos problemas enfrentados pelos consumidores, (conti...</p>	<p>Conti..evitando a judicialização dos conflitos. A exemplo da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), através da qual a ANS objetiva a solução de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde. Dada a importância dos instrumentos de mediação utilizados pela ANS e pelos Procons, sugerimos um intercâmbio das informações relativas à saúde suplementar, com a finalidade de auferir com maior amplitude os principais problemas vivenciados pelos (conti...</p>	<p>5992</p>	<p>JC - A ANS vem elaborando acordos de cooperação com órgãos do Judiciário</p>

Macroprojeto 1.2	Conti..consumidores, proporcionando um monitoramento mais próximo da realidade e melhor desempenho da atividade regulatória. Registra-se que o intercâmbio de informações entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar %u2013 ANS e a Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor %u2013 Procon, já foi objeto de celebração de convênio entre os órgãos em 06 de março de 2009, bem como encontra respaldo no artigo 4º, inciso XXXVI da Lei 9.961/2000. Além do índice de reclamações, outro critério utilizado pela (cont.	Conti..ANS para avaliar o IDSB é a proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano. Em que pese a relevância dessa regra, sugerimos que o prazo de desistência seja estendido. Isto porque, uma das principais causas de rompimento do contrato por parte do consumidor, é o reajuste abusivo da mensalidade, principalmente nos planos coletivos, em que o consumidor não tem condições de estimar no ato da contratação qual índice será aplicado. Considerando que o reajuste ocorre somente (conti...	5993	NSA - O Programa de Qualificação de Operadoras está em fase de reestruturação e as sugestões referentes a peso, composição e alocação dos indicadores será oportunamente discutida.
Macroprojeto 1.2	Conti..com um ano de contratação, mas o reflexo financeiro no orçamento do consumidor é sentido nos meses subsequentes, é razoável que o período de análise de desistência do beneficiário seja de pelo menos 2 (dois) anos. Outrossim, neste prazo, aumenta a probabilidade de que o consumidor tenha usufruído do plano de plano de saúde, tendo condições de avaliar sua satisfação com o serviço prestado e optar pela continuidade ou não do contrato.	Inclusa nos textos.	5994	NSA - O Programa de Qualificação de Operadoras está em fase de reestruturação e as sugestões referentes a peso, composição e alocação dos indicadores será oportunamente discutida.

Macroprojeto 2.1	As empresas privadas de assistência à saúde preferem os contratos coletivos aos individuais e familiares, o que pode ser comprovado pela análise dos Dados Integrados da Qualidade Setorial, publicado no site da ANS, onde consta o percentual de oferta de planos individuais e coletivos por operadora. Esta postura das operadoras de planos de saúde pode ser explicada pelo fato de que os contratos coletivos são atrativos justamente por não serem regulados pela agência quanto ao percentual (conti..	Conti...de reajuste anual financeiro, fato insistentemente questionado pelos órgãos de defesa do consumidor. As seguradoras, por exemplo, já não comercializam planos individuais e familiares. Ademais, algumas empresas recusam a proposta de adesão do beneficiário pela idade que possui ou por portar doença ou lesão, contrariando o artigo 14 da Lei dos Planos de Saúde. O acesso dos consumidores aos serviços privados de assistência à saúde deve ser assegurado por todos os meios, em todos os (conti..	5995	JC - Assunto discutido no âmbito de Grupos de trabalho que tratam do acesso individual dos consumidores aos planos de saúde
Macroprojeto 2.1	Conti...regimes ou tipos de contratação (individual, familiar, coletivo empresarial ou por adesão), independentemente da idade ou doença que possui, sendo aconselhável estabelecer um percentual mínimo obrigatório de comercialização de planos individuais e familiares para garantir esses direitos.	Inclusa no texto.	5996	JC - Assunto discutido no âmbito de Grupos de trabalho que tratam do acesso individual dos consumidores aos planos de saúde
Macroprojeto 1.1	Elaborar um sistema de pontuação (ranking) para as operadoras que incentivam a implantação de Programas de Promoção da Saúde em localidades de difícil acesso e também daquelas operadoras que abrangem maior localidades das redes de saúde da ANS, tornando assim um diferencial/ vantagem no	O sistema de pontuação(ranking) seria um Incentivo para que as OPS investissem mais em Programas de Promoção da Saúde em localidades de difícil acesso com foco na prevenção de doenças, proporcionando melhor qualidade de vida aos beneficiários dessas regiões.	5997	PA - O IDSS está em reformulação; com relação aos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos, a ANS está estudando novas formas de incentivos para as operadoras desenvolverem programas e doenças mais efetivos e com maior escala.

	ciclo de qualidade da ANS.			
Macroprojeto 1.1	Estabelecimento pela ANS de Pactuação institucional com os Conselhos Federais de Classe dos profissionais de saúde, com vistas a disseminar nas classes profissionais condutas de excelência na qualidade do atendimento seguindo os 3 eixos 1) acolhimento 2) informação ao paciente; e 3) Qualidade técnica.	Garantir aos beneficiários um atendimento de qualidade nos serviços prestados.	5998	PA - O Programa de Qualificação de Prestadores - QUALISS está em fase de reestruturação e as propostas examinadas tem sido amplamente discutidas inclusive no âmbito do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial.
Macroprojeto 1.2	Levar em consideração a realidade mercadológica de locais geográficos, onde os prestadores de serviços (hospitais, médicos específicos) possuam poder de barganha por serem prestadores únicos (monopólio) e imponham determinadas condições comerciais que inviabilizem os convênios com as OPS no momento da aplicação de penalidades (Multas), NIP's e aferição de indicadores de qualidade.	Neste sentido, ao penalizar ou multar a OPS por não conveniar determinado prestador de serviço em determinada região de baixa oferta, a ANS está indiretamente favorecendo a postura "monopolista" do prestador de serviço e complicando a ação da OPS. Portanto, sugere-se mapear estas áreas e/ou levar em consideração este fator no momento da realização das sanções.	5999	JC - Item contemplado na norma de substituição de prestadores não hospitalares, RN nº365/2014. A Operadora deverá observar critérios de equivalência quando da substituição, como mesmo tipo de estabelecimento, mesmos serviços especializados, localização no mesmo município, e, nos casos de indisponibilidade ou inexistência, poderá ser indicado prestador no município limítrofe ou na região de saúde à qual faz parte o município. Contribuição ao macroprojeto 3.1

Macroprojeto 1.2	Melhoria no processo de envios e recebimentos de notificação/informação as OPS que hoje ocorrem manualmente, no intuito de passar a ser automatizado através de serviços web (WebServices). Tal qual é preconizada pelo TISS para a troca de informações entre operadoras e prestadores. Casos que poderiam ser analisados pela ANS: SIB Sistema de Informações de beneficiários; NIP Notificação de investigação preliminar; CRD Controle de recebimento de demandas; RADAR TISS MONITORAMENTO TISS	Maior segurança e agilidade no processo de troca de informação entre OPS e ANS.	6000	PA - webservices: iniciativa que vem sendo gradualmente implementada na ANS, conforme PDTI; depende de recursos orçamentários
Macroprojeto 1.2	Considerar a possibilidade de aplicação de medidas administrativas (sanções) aos prestadores de serviços por má conduta adotada no atendimento ao beneficiário.	Garantir aos beneficiários um atendimento de qualidade nos serviços prestados por prestadores de suposta baixa qualidade.	6001	FE - A relação entre prestador e operadora é regida por um contrato e as obrigações do prestador devem estar nele previstas a fim de resguardar tanto as operadoras como os beneficiários.
Macroprojeto 1.2	Criar uma segunda instância para a possibilidade da operadora questionar as avaliações da ANS no que se refere a classificação das NIPs como Processo Administrativo, ou seja, nos casos em que a operadora garantiu assistência à saúde ao beneficiário dentro das prerrogativas estipuladas pela Agência, porém não foram	Evitar que as OPS's sofram com as penalidades, para os casos em que atuou, ainda que após as NIPs, mas garantiu a prestação de serviços aos seus beneficiários.	6002	JC - Estão sendo discutidos os critérios nos Grupos de Trabalho acerca de indicadores e de temas como a garantia de atendimento

	consideradas para inativação da NIP.			
Macroprojeto 1.2	Dar maior transparência a metodologia do cálculo do Monitoramento da Garantia de Acesso, deixando claro as operadoras a mediana do setor.	Possibilitar que as OPS's analisem os dados considerados pela ANS e identifiquem possíveis pontos de melhoria na garantia de acesso a rede a seus beneficiários.	6003	JC - Estão sendo discutidos os critérios nos Grupos de Trabalho acerca de indicadores e de temas como a garantia de atendimento
Macroprojeto 1.2	Análise prévia das reclamações/denúncia dos beneficiários acerca de cobertura dos procedimentos e Diretrizes fora do Rol da ANS. Portanto, sugere-se que a Agência consulte previamente as reclamações acerca de cobertura para que não haja abertura de NIP de procedimentos que não estão inclusos no Rol de Procedimento e Eventos da ANS;	Por vezes, as OPS's sofrem penalidades com a abertura de NIP's através das reclamações de beneficiários para procedimentos que estão fora do Rol de cobertura da ANS.	6004	NA - As informações do contrato são fundamentais para essa decisão

Macroprojeto 2.1	Sugere-se a criação de uma comissão técnica formada pelos representantes dos principais interessados no tema como a própria ANS, entidades representantes, como a UNIDAS, e o Instituto Brasileiro de Atuária, para propor e regulamentar modelos de remuneração dos prestadores em que o valor pago pela operadora seja pré-estabelecido mediante o compromisso de atendimento de certo número beneficiários ou procedimentos, condicionado a determinado referencial de qualidade do atendimento.	O modelo de pagamento a prestadores atual (fee for service), não leva em consideração o valor agregado do serviço, ou seja, o cuidado ao beneficiário, de fato. O modelo fee for service contribui muito fortemente para a escalada de preços dos custos assistenciais. Verificamos que os custos assistenciais tem se elevado em taxas próximas a 13% ao ano, quando a taxa de inflação (IPCA) tem variado em entre 6 e 6,5%.	6005	PA - Sugestão de nova redação para o macroprojeto 2.2: Estímulo à eficiência, à concorrência e à transparência no setor suplementar, bem como a escolha empoderada dos consumidores.
Macroprojeto 2.1	Simplificação do processo de portabilidade e permissionamento da migração do plano coletivo para o individual por tempo indeterminado, quando da ocorrência de perda de vínculo laboral ou associativo.	Garantir assistência a saúde aos beneficiários, diminuindo as exigências impostas para migração entre operadoras, mudanças de planos e reingresso de beneficiários.	6006	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "estímulo à concorrência e transparência, e da escolha empoderada dos consumidores". Ademais o tema também está sendo tratado no GT de Portabilidade
Macroprojeto 2.2	Elaboração pela ANS de Diretriz de Utilização para as Órteses, Próteses e Materiais Especiais para subsidiar a regulação realizada pelas operadoras. Considerando o avanço tecnológico, aprimoramento das técnicas adotadas pelos médicos assistentes e consequentemente solicitações de materiais inovadores/ alto custo que necessariamente não asseguram a	Possibilitar e garantir as OPS's um maior controle para as OPME's solicitas pelos prestadores de serviços, levando em consideração o alto custo gerado.	6007	Fora do escopo - O pedido de inclusão de procedimento deve ser realizado via Consulta Pública do Rol de Procedimentos. De toda forma, estamos encaminhando a sugestão para a área responsável que avaliará a questão.

	eficácia do procedimento;			
Macroprojeto 2.2	Adoção de tabela de OPME com valores referenciados para auxiliar as operadoras na negociação direta com os fornecedores.	Redução de custo, em nível nacional, na comercialização de OPME, tendo em vista que indiretamente os beneficiários dos planos arcam com a elevação nos custos através dos reajustes anuais de custeio nos planos.	6008	FE - O tabelamento de preços foge ao escopo das atribuições da ANS
Macroprojeto 2.2	Normatizar que todas as operadoras deverão oferecer além da lista credenciada, cobertura por livre escolha conforme valores pactuados (reembolso).	Garantir maior transparência aos beneficiários. Esta normatização deixaria mais transparente a relação com o Beneficiário e a qualidade da operacionalização interna das OPS.	6009	PA - DISCUSSÃO NOS GTs - PROJETO 2.2 - TRANSPARÊNCIA
Macroprojeto 3.1	Implementação de sistema que realize interface do privado com o público, otimizando o recurso dos dois setores	Otimizar o atendimento prestado aos beneficiários, e diminuir custos para o SUS e para as OPS's.	6010	PA - CONTEXTO DO SETOR SAÚDE - PROJETO 3.1

Macroprojeto 3.2	Verificar geograficamente a relação da rede disponível pública em relação à privada por região de cobertura, incluindo nas regiões de saúde o atendimento pelo SUS onde a rede privada é deficitária. Estas regiões deveriam ser excluídas do Ressarcimento.	Diminuir os custos das OPS's com o ressarcimento ao SUS, considerando que os atendimentos realizados pelo SUS nestas regiões, ocorreram pela limitação/carência de prestadores de serviços na rede privada e não por falta de rede credenciada com as OPS'S.	6011	NSA - Cabe às operadoras garantir a cobertura de todos os procedimentos elencados no rol de procedimentos obrigatórios, bem como os previstos contratualmente. Além disso, é necessário observar que o ressarcimento ao SUS não prejudica, limita ou afeta o acesso universal e igualitário aos serviços correlatos à saúde, garantido nos termos do disposto no artigo 196 da CRFB/88.
Macroprojeto 3.3	Disponibilizar no TAB SUS pesquisas quanto à utilização de serviços por Operadora. Além da Normatização de histórico de dados padrão para facilitar a portalidade.	Possibilitar que as OPS's analisem o histórico dos atendimentos que foram prestados pelo SUS a seus beneficiários.	6012	NA - Cabe às operadoras realizar a gestão de saúde e de uso por seus beneficiários da rede por ela contratada ou a ela conveniada e/ou da rede do SUS.

<p>Macroprojeto 1.1</p>	<p>Permitir que as Operadoras tenham mecanismos justos associado a um modelo de gestão que privilegia mecanismos para controle dos gastos baseados na restrição de acessos e mecanismos de regulação, sem onerar à Operadora de forma demasiada. Os modelos de gestão assistencial são inaplicáveis devido as regulações atuais, pois forçam as Operadoras em criar alternativas assistenciais baseadas na "restrição de acessos" e não focando a qualidade, devido a pouca flexibilidade administrativa regulatória.</p>	<p>Se faz necessário rever as regulações atuais e futuras, permitindo que as Operadoras de Saúde possam disponibilizar um serviço de qualidade, aplicando o assistencialismo. Ocorre que atualmente, puxados pelas regulações cada vez mais absolutórias, as Operadoras possuem cada vez menos tempo de análise de demandas, como está para ocorrer com a CP nº58, que basicamente prevê a redução do tempo de análise e resposta aos beneficiários. Isso fará com que a Operadora tenha ainda menos tempo de análise.</p>	<p>6015</p>	<p>NSA - ESCLARECIMENTO ACERCA DA CP58 E MENÇÃO ÀS DISCUSSÕES REALIZADAS, NO ÂMBITO DAS ÁREAS TÉCNICAS ACERCA DO MONITORAMENTO E DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO.</p>
<p>Eixo Estruturante 2</p>	<p>Incluir a possibilidade das Operadoras de planos de Saúde atuarem em clientes associativos com as mesmas regras disponibilizadas as Administradoras de Benefícios.</p>	<p>Na pratica as RNs 195 e 196 em conjunto limitaram a atuação das OPS e legitimaram as AB, hoje os maiores concorrentes das OPS são as AB, contudo o risco do negócio continua sendo das OPS, o que na pratica está apenas onerando o custo dos produtos aos beneficiários, assim, sugerimos que seja criado um produto de pessoa jurídica, porém que permita que as contraprestações sejam pagas pelo próprio beneficiário, como acontece hoje no plano pessoa física.</p>	<p>6021</p>	<p>JC - O tema está sendo tratado no GT de Acesso Individual instituído na ANS</p>

Eixo Estruturante 1	<p>Modificar o modelo de NIP, implantando juízo de admissibilidade anterior ao recebimento da demanda pela ANS. Aprimorar o processo de NIP, que deverá ser aberto somente pela pessoa que deseja o atendimento ou seu responsável legal.</p>	<p>Problema: Recebimento de reclamações sem a devida elegibilidade, com informações insuficientes ou sem procedência que contabilizam no índice de reclamações da ANS. Violação de sigilo médico na resposta da NIP. Resultado Esperado: Redução do número de reclamações indevidas. Esclarecimento à população da competência de regulação da ANS para que, inclusive, os beneficiários possam buscar o entendimento de seus direitos com relação aos prestadores e buscar o órgão devido para suas reclamações.</p>	6022	<p>NA - A NIP é um instrumento de autocomposição entre as partes e é pré-processual. Seu objetivo é a resolução extrajudicial do conflito ou a demonstração da não procedência da reclamação do consumidor. Fora estas duas hipóteses, os normativos preveem a obrigatoriedade da abertura de processo administrativo sancionador. Ainda, não há na legislação vigente qualquer dispositivo que impeça a abertura de reclamação por terceiro, autorizado pelo consumidor, assegurando respeito ao sigilo médico.</p> <p>Reclamações com informações insuficientes são finalizadas como não procedentes ou como não se aplica (NA).</p>
Eixo Estruturante 1	<p>Criação de indicador de monitoramento do acesso e qualidade de atendimento que leve em consideração não só a média de reclamações do mercado, mas também sejam avaliadas as operadoras individualmente (número de senhas autorizadas versus negadas, considerando número de beneficiários e região de atendimento e tipo de operadora, se autogestão ou medicina de grupo)</p>	<p>Problema: Penalização das operadoras de abrangência nacional por problemas sociais e pontuais de cada região, com características particulares, sem a visão do todo. Resultado Esperado: Equalização e justiça de tratamento das operadoras na disponibilização de rede e acesso aos beneficiários.</p>	6023	<p>JC - Essas questões estão sendo discutidas com relação ao aprimoramento do monitoramento. Ademais, os indicadores de Qualidade serão revistos e discutidos com o setor</p>

Eixo Estruturante 2	Conhecer as práticas de mercado de OPME, Apontamento da existência de fraudes e solicitações impertinentes tecnicamente dos médicos assistentes, que como argumento de negativa isso seja levado em consideração.	Problema: Utilização de OPME sem pertinência médica e obrigatoriedade de junta médica para resolver impasses claramente abusivos e prejudiciais à saúde do paciente. Deve-se considerar o porte e abrangência das operadoras que inviabiliza a instauração de junta médica para todos os pedidos impertinentes por ser oneroso e moroso esse mecanismo de regulação. Resultado Esperado: Evitar fraudes e prejuízo à saúde dos beneficiários.	6024	JC - A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2.
Eixo Estruturante 2	Incentivo ao estabelecimento de pacotes para determinados procedimentos.	Problema: Imprevisibilidade dos gastos no atendimento. Gasto desenfreado. Resultado Esperado: Previsibilidade dos gastos e economia.	6025	PA - A sugestão apresenta ações específicas sobre modelos de remuneração que podem ser contempladas nos macroprojetos 1.1 e 2.2. Considerando os aspectos pontuados, sugerimos nova redação para o macroprojeto 2.2: Estímulo à eficiência, à concorrência e à transparência no setor suplementar, bem como a escolha empoderada dos consumidores.
Eixo Estruturante 3	Implementação de modelo único efetivo de cadastro CNS, com informações corretas dos beneficiários de operadoras de planos de saúde e usuários do SUS e, dessa forma, criar modelos de gestão em comum e também a fim de que a cobrança do Ressarcimento ao SUS às operadoras seja feita mais próxima ao tempo de ocorrência do atendimento.	Problema: Falta de indicadores de saúde único do país, com informações precisas da saúde suplementar e dos atendimentos do SUS e prejuízo na análise das cobranças de ressarcimento ao SUS pelo lapso temporal. Resultado esperado: Acesso e portabilidade de informações para implementação de políticas de saúde em comum e eficácia na identificação e análise das impugnações do ressarcimento ao SUS, sem prejuízo para ambas as partes.	6026	PA - A integração dos dados cadastrais dos beneficiários da saúde suplementar com outros bancos nacionais, a exemplo do Cartão Nacional de Saúde – CNS e o Cadastro Pessoas Físicas – CPF permitirão a integração das informações entre o setor de saúde suplementar e o setor público. Além disto, com a entrada das movimentações entre os prestadores de serviço e as operadoras por meio da Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS uma lacuna importante é, finalmente, preenchida.

Eixo Estruturante 1	A Carta de Portabilidade deve ser um modelo padrão, com todas as informações necessárias à pesquisa de planos e a efetivação da portabilidade; A carta deve contemplar um canal de comunicação direta entre as operadoras, bem como o e-mail e endereço para ser enviada a notificação de portabilidade; A ANS deve disponibilizar em seu site espaço para pesquisa/confirmação dos dados do plano do beneficiário, considerando que todas as informações necessárias à pesquisa de portabilidade.	Atualmente, verificamos que alguns beneficiários que buscam realizar a Portabilidade, têm dificuldades em conseguir as informações de forma completa e correta na operadora de Origem. Essa dificuldade fica ainda mais evidente em beneficiários de planos de continuidade.	6027	JC - Está sendo discutido no âmbito da ANS a questão da portabilidade (macroprojeto 2.2)
Eixo Estruturante 1	Manter o prazo mínimo para que seja exercida a portabilidade, porém após cumprimento deste prazo, permitir que seja realizada a portabilidade em qualquer época do ano.	A regulamentação prevê que a portabilidade pode ser exercida no mês de aniversário do contrato e nos 3 meses subsequentes, mas esta situação pode colocar o beneficiário em situação de risco, pois ele pode necessitar exercer o direito em outro período do ano. Para a operadora, por outro lado, isso gera judicializações, apesar de estar cumprindo a regulamentação.	6028	JC - Está sendo discutido no âmbito da ANS a questão da portabilidade (macroprojeto 2.2)

Eixo Estruturante 3	O cadastro do cartão do SUS deve ser realizado através do CPF do beneficiário, bem como as informações complementares serem carregadas através da base de dados da Receita Federal. Somente no caso de beneficiários menores, o padrão para cadastro não deve necessariamente ser através do CPF.	Atualmente, os dados obrigatórios para efetuar o cadastro do SUS não garantem a veracidade da informação, bem como facilitam a geração de cartões em duplicidade. Isso impacta no ressarcimento ao SUS tanto pelo lado da ANS, que não tem a garantia de que está cobrando pelo beneficiário correto, como pelo lado da operadora, que não tem a garantia de estar pagando por beneficiário seu.	6029	PA - A integração dos dados cadastrais dos beneficiários da saúde suplementar com outros bancos nacionais, a exemplo do Cartão Nacional de Saúde – CNS e o Cadastro Pessoas Físicas – CPF permitirão a integração das informações entre o setor de saúde suplementar e o setor público. Além disso, com a entrada das movimentações entre os prestadores de serviço e as operadoras por meio da Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS uma lacuna importante é, finalmente, preenchida.
Eixo Estruturante 1	O Guia de Leitura Contratual - GLC deve ser entregue ao cliente no momento da venda (Obs.: Art. 5º O GLC deverá ser entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular, independentemente do tipo de contratação).	Atualmente, a regulamentação prevê que o Guia de Leitura Contratual seja entregue ao cliente junto com o cartão de identificação. No entanto, considerando que a operadora tem 24h a partir da assinatura do contrato para efetivar a entrega do cartão, o Guia de Leitura Contratual é entregue ao cliente somente após a assinatura do contrato, o que não faz sentido, pois ele deve se utilizar do Guia para verificar onde encontrar as informações do contrato.	6030	AC - Proposta aceita; no âmbito do projeto 2.1
Eixo Estruturante 1	Classificar o prazo para entrega de negativa fundamentada em dias.	Gera dúvidas em relação ao prazo de entrega quando coincide com feriados e/ou finais de semana.	6031	NA - Já há minuta em consulta pública

<p>Eixo Estruturante 3</p>	<p>Identificar o usuário de OPS já no início do atendimento no SUS.</p>	<p>Permitir que a OPS possa dar o atendimento ao seu usuário e ainda retirá-lo do SUS.</p>	<p>6032</p>	<p>NSA - Importante destacar que a remodelação do processo de ressarcimento ao SUS, a fim de tornar obrigatório esse contato, ultrapassa o escopo de atuação da ANS, na medida em que demandaria, inclusive, alteração legislativa. O modelo de ressarcimento ao SUS tem fundamento no art.32 da Lei nº9656, de 1998, e qualquer mudança depende de alteração legislativa.</p>
<p>Eixo Estruturante 2</p>		<p>Revogar a obrigatoriedade do envio do SIP. Eliminando a obrigatoriedade do SIP uma vez que todas as informações constam no monitoramento TISS.</p>	<p>6033</p>	<p>NA - O objetivo primordial do Sistema de Informações de Produtos é acompanhar a assistência prestada pelas operadoras aos beneficiários. Os dados do Sistema de Informação dos Produtos – SIP são utilizados na avaliação e aferição dos indicadores de atenção à saúde no Programa de Qualificação, em todos os processamentos do monitoramento do risco assistencial, realizados com o objetivo de avaliar o índice de risco à qualidade ou à continuidade da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de saúde</p>

Eixo Estruturante 2	Diferenciar o reajuste de planos pessoa física de acordo com a segmentação do produto.	Criar essa diferenciação para que seja mais justo o reajuste aplicado.	6034	PA - Em maio/15 foi instaurado o GT de Política de Preço constando de seu escopo a análise das metodologias de reajuste de planos individuais, inclusive quanto às possíveis segmentações do reajuste.
Eixo Estruturante 1	- Incluir a intensificação dos programas de promoção à saúde	Justificativa: Maior atuação em prevenção e melhorar o cuidado	6035	JC - A ANS vem investindo no Incentivo ao desenvolvimento de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar
Eixo Estruturante 2	- Incentivar a remuneração por performance	Pagamento por performance: metodologias que associam a remuneração ao resultado para o paciente. O Sistema de remuneração dos serviços de saúde por procedimentos realizados (Fee for service) praticado na Saúde privilegia a execução de procedimentos sem considerar se trará qualidade à assistência do paciente. Quanto mais procedimentos realizados, maior o ganho, mesmo que em decorrência por complicações ou má prática. Com isso temos custo elevado sem garantia de qualidade no atendimento prestado.	6036	Sugerimos nova redação para o macroprojeto 2.2: Estímulo à eficiência, à concorrência e à transparência no setor suplementar, bem como a escolha empoderada dos consumidores.

Eixo Estruturante 2	Flexibilizar a composição dos ativos garantidores vinculados de forma a possibilitar que esta composição seja constituída a longo prazo, por exemplo: 24 ou 36 meses sendo monitorada pela ANS e permitir que a operadora tenha maior fluidez no seu fluxo de caixa.	A regra atual a operadora aplica recursos em contas que ficam indisponíveis prejudicando o fluxo de caixa em razão dos compromissos assumidos junto aos seus prestadores de serviços. Com a cobrança do ressarcimento dos APAC's haverá um aumento expressivo na composição da Provisão de Eventos a Liquidar do Ressarcimento ao SUS, o que irá impactar no fluxo de caixa das operadoras, assim sendo a vinculação do ativo de forma planejada favorecerá este fluxo.	6037	JC - Questão já foi contemplada de certa forma com a RN nº 375, na qual atrela a exigência de ativos garantidores para a parcela do Ressarcimento ao SUS, cujas ABI ainda estão em discussão, ao % de adimplência efetiva da operadora. Já há possibilidade de isenção de ativos garantidores para Ressarcimento ao SUS parcelado
Eixo Estruturante 2	Considerar no método de cálculo de adimplência os valores de depósitos judiciais referente ao ressarcimento ao SUS	Ao depositar judicialmente a operadora estará garantindo o recebimento pela União o valor em discussão judicial, caso esta tenha êxito no processo.	6038	NA -Os depósitos judiciais não serão considerados para o cálculo de adimplência, pois não se trata de efetivo pagamento. Os valores depositados judicialmente apenas serão convertidos em renda após decisão judicial. Considerando os fatores acima expostos, a nomenclatura do cálculo será alterada a fim de não gerar interpretações incorretas, pois o cálculo considera apenas o efetivo pagamento dos valores devidos.
Eixo Estruturante 3	Definir papéis que cabe a cada ente público ou privado	Indefinição dos papéis de cada ente, bem como duplicidade de ações o que gera custos para a operadora. Cabe ao SUS por exemplo ações de atenção primária que cabe ao SUS e está sendo exigida também das operadoras	6039	O Objeto da proposta enseja uma interlocução mais ampla com o MS.

Eixo Estruturante 1	<p>- liberação de ativos garantidores para construção/ampliação de serviços próprios; - incentivo efetivo para as operadoras no desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; - regulamentação do instituto da Junta Médica e da terceira opinião, primando pela praticidade e agilidade.</p>	<p>- liberação de ativos garantidores para construção/ampliação de serviços próprios; - incentivo efetivo para as operadoras no desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; - regulamentação do instituto da Junta Médica e da terceira opinião, primando pela praticidade e agilidade.</p>	6040	<p>JC - DIOPE já tratou desta questão na última agenda regulatória. Não há viabilidade para tal ação diretamente. Porém, já estuda formas de incentivar investimentos cujo objetivo é o financiamento de estruturas em saúde (FIP Saúde) Incentivos aos programas PROMOPREV - estão sendo considerados incentivos para maior escala e efetividade Junta médica e terceira opinião - estão sendo tratados no GT de mecanismos de regulação</p>
Eixo Estruturante 2	<p>- criar urgentemente mecanismos efetivos de controle aos abusos relacionados com a utilização de OPMEs; - ampliação das ações junto ao Poder Judiciário no intuito de reduzir a judicialização; - permitir que a operadora comercialize plano de saúde coletivo por adesão com emissão de boleto individualizado aos beneficiários titulares, sem a participação da administradora de benefícios; - consolidação das normas.</p>	<p>- criar urgentemente mecanismos efetivos de controle aos abusos relacionados com a utilização de OPMEs; - ampliação das ações junto ao Poder Judiciário no intuito de reduzir a judicialização; - permitir que a operadora comercialize plano de saúde coletivo por adesão com emissão de boleto individualizado aos beneficiários titulares, sem a participação da administradora de benefícios; - consolidação das normas.</p>	6041	<p>PA - A sugestão de ampliação das ações junto ao poder judiciário, tratando-se de OPME, pode ser contemplada no macroprojeto 2.2.</p>

Eixo Estruturante 3	- não incidência do Ressarcimento ao SUS nos contratos de pós-pagamento em custo operacional.	- não incidência do Ressarcimento ao SUS nos contratos de pós-pagamento em custo operacional.	6042	NA - A alegação de que os contratos na modalidade custo operacional não se submeteriam ao ressarcimento ao SUS não merece prosperar. Isso porque o art. 32 da Lei 9.656/98 é aplicável no caso de “plano privado de assistência à saúde”, cuja definição encontra-se no artigo 1º, inciso I da citada Lei. Tal artigo estabelece que Plano Privado de Assistência à Saúde é definido como “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”
Eixo Estruturante 2	Apresentar com transparência qual o ponto de análise dos dados colhidos pela ANS e ainda, apresentar a situação da Operadora frente aos indicadores desta Agência Reguladora.	Deixar mais evidente quais os pontos que precisam de correção e/ou melhorias.	6043	JC - Tal sugestão encontra-se contemplada inclusive com a divulgação dos Dados Integrados da Qualidade Setorial no site da ANS LAB-DIDES

Eixo Estruturante 3	Padronizar o uso da TUSS no Sistema único de Saúde ou que seja adotado uma codificação única de procedimentos.	Facilitará o controle das OPS quando aos procedimentos objeto de cobrança de Ressarcimento ao SUS e também permitirá o DE x PARA entre os valores exigidos.	6044	PA - A sugestão apresenta uma ação específica, que pode ser contemplada no macroprojeto 3.3. Entretanto, cabe informar que a ação proposta já se encontra em desenvolvimento conjunto entre a ANS e a SAS/MS, como atividade para implantação do Registro Eletrônico de Saúde (RES), porém a ANS não tem competência para definir terminologia para o SUS.
Eixo Estruturante 1	Alterar a PEONA para longo prazo e libera-la para investimento em recursos próprios.	Ampliação da rede assistencial dos nossos beneficiários.	6045	NA - Considerando que a PEONA trata de eventos ocorridos e não avisados de curto prazo, tal proposta não é cabível, pois não se pode alterar a natureza da obrigação.
Eixo Estruturante 2	Plano de Contas - Incluir classificação contábil para Simples Participações.	Pois existem participações que não se enquadram em Controladas ou Coligadas. Ex.: No grupo contábil 1321 - PARTICIPAÇÕES SOCIETÁRIAS	6046	FE - O item em questão, de natureza técnico operacional, está sendo tratado no comitê contábil em andamento.

Eixo Estruturante 1	Inserir filtro no monitoramento de NIP%u2019s quanto aos casos repetitivos	Evitar que a OPS seja penalizada no monitoramento nos casos relacionados ao mesmo procedimento, ou seja, quando o cliente faz mais de uma reclamação.	6047	<p>JC - Não há restrição para abertura de mais de uma reclamação por consumidor, desde que relacionadas a fatos distintos.</p> <p>Reclamações sobre os mesmos fatos são finalizadas por duplicidade. (Não há filtro, mas a operadora não é penalizada). A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS</p>
Eixo Estruturante 3	Alterar o prazo de impugnação ao SUS para 90 dias e o prazo para Recurso para 30 dias.	Com o aumento de atendimentos que serão objeto de cobrança do Ressarcimento ao SUS o número de AIH%u2019s aumentou consideravelmente, fazendo com que as OPS ampliem sua estrutura humana, gerando aumento de custos.	6048	<p>PA - A sugestão apresenta uma ação específica, que poderia ser contemplada dentro do eixo estruturante 3.</p> <p>Entretanto, cabe informar que os prazos de impugnação e recurso estão definidos nos artigos 21 e 28 da RN nº358/14. O art.39-A, da mesma RN, a seu turno,</p>

Eixo Estruturante 1	Adequar a tabela TUSS de acordo com a complexidade do procedimento.	Medida para corrigir distorções das tabelas atuais que não diferenciam, no mesmo procedimento, os casos mais complexos, como, por exemplo, pacientes em re- operação, que tem o mesmo código da primeira cirurgia.	6049	NA - A terminologia não se destinada à finalidade proposta. A complexidade do atendimento engloba diferentes terminologias (dignóstico,comorbidade, idade e outras)
Eixo Estruturante 2	%u2022 A adaptação deve contemplar todas as regulamentações vigentes; %u2022 Deve ser compulsória, dando um prazo para o beneficiário se manifestar sobre não querer a adaptação, caso contrário o contrato será adaptado, passando a adotar novo valor e novas cláusulas.	A Adaptação prevê a atualização do contrato para a cobertura dos procedimentos, mas não o atualiza para outras regulamentações vigentes, como o reajuste por faixa etária, por exemplo. Além disso, a adaptação foi feita de forma presumida para os contratos PJ, mas não para o PF.	6050	NA - O contrato que for adaptado às regras da Lei 9.656/98 deve adequar a cláusula de reajuste por faixa etária às normas vigentes. A adaptação só é presumida no contratos coletivos que possuem prazo determinado e foram renovados após a vigência da Lei 9.656/98. De todo modo, o responsável pelo contrato, individual ou coletivo, tem o direito de solicitar a adaptação a qualquer tempo.
Macroprojeto 1.1	Traçar diretrizes frente ao impacto do envelhecimento populacional e o elevado custo das operadoras de planos de saúde.	Diante do notório envelhecimento populacional somado ao crescimento de beneficiários idosos, as operadoras de planos de saúde, precisam antever situações de risco econômico, mas resguardando a garantia da qualidade assistencial.	6051	PA - A sugestão está contemplada no âmbito de discussão da área técnica. A área desenvolve Planos do Cuidado do idoso e do nascer saudável, na perspectiva do envelhecimento ativo.

<p>Macroprojeto 1.1</p>	<p>Aprimorar a regulação referente ao repasse de custos de materiais médico-hospitalares, possibilitando maior transparência na relação prestador versus operadora; e ainda, atribuir a alguma de suas diretorias (DIDES, DIOPE), ou criar uma em especial, que promova entre operadoras e prestadores, o desenvolvimento de políticas direcionadas as boas práticas, além de alinhar as estratégias em relação ao mercado e produtos com qualidade médico-assistencial, fortalecendo assim, as ações.</p>	<p>Formar uma estratégia compartilhada, entre as operadoras e os prestadores, minimizando possíveis lucros indevidos, por parte dos prestadores, garantindo adequado monitoramento dos custos e equilíbrio financeiro destas.</p>	<p>6052</p>	<p>JC - O regimento interno da DIDES prevê atribuições relativas ao aprimoramento do relacionamento entre operadoras e prestadores. A proposta apresentada já fez parte da última agenda regulatória (2013/2014) e foi dado continuidade as ações previstas.</p>
-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Macroprojeto 3.1</p>	<p>Entende-se que a aproximação entre os poderes executivo e judiciário é a medida que se impõe para a resolução dos conflitos que tem origem na judicialização da saúde suplementar, que pode se dar através de um conjunto de ações de caráter MACRO, criando protocolos, portarias e entendimentos conjuntos unificados, tudo no intuito de construir um entendimento uno sobre a saúde suplementar no Brasil.</p>	<p>A judicialização da saúde suplementar é um fenômeno que tem sua origem estacada na divergência de posicionamentos do poder público. Essa diferença origina grande celeuma às operadoras, que a despeito entendem estarem agindo dentro da mais rigorosa observância às normas, deparam-se com comandos judiciais forçando-as a obrigações descabidas, fora do que determina a legislação.</p>	<p>A Agência já vem desde 2007, ampliando as parcerias com órgãos integrantes do Sistema Nacional de Defesa da Concorrência, Tribunais, Ministério Público, Defensoria Pública, bem como com entidades sindicais, para facilitar o intercâmbio de informações e promover uma atuação integrada entre instituições, protegendo o consumidor e reduzindo os casos de Judicialização na saúde suplementar.</p> <p>No sentido de construção de entendimentos conjuntos a ANS vem desenvolvendo um conjunto de iniciativas</p> <p>Todavia, não possui ingerência quanto às decisões jurisdicionais</p>
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Macroprojeto 3.3	Integrar os sistemas de informações a partir de um código unificado, no tocante a utilização dos serviços, entre o setor de saúde suplementar e o SUS.	Corrigir a assimetria de informações nos sistemas de informações atuais, de modo a proporcionar maior segurança e monitoramento quando do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde.	6054	A sugestão é uma ação contemplada no macroprojeto 3.3 e que já está em curso. A integração dos dados cadastrais dos beneficiários da saúde suplementar
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Eixo Estruturante 2</p>	<p>Tratar de forma diferenciada as autogestões com relação as garantias financeiras. As autogestões são operadoras criadas especialmente para cuidar da gestão do plano, não possuem fins lucrativos, desta forma todo o esforço está voltado em melhorar o serviço de saúde de seus beneficiários e com isso há um melhor controle das despesas, minimizando o risco de solvência da operadora.</p>	<p>Nas Autogestões existe a figura do Mantenedor/Patrocinador que divide o risco com os beneficiários, desta forma, o risco de insolvência é bem menor que as operadoras de mercado. Outro fator a ser considerado é que a taxa de turnover das autogestões são menores que as operadoras de mercado, com a rotatividade menor há uma melhor gestão dos recursos que entram e dos gastos, visto que o perfil da população sofre poucas variações. Resultado Esperado: Maior injeção de recurso na própria saúde.</p>	<p>6055</p>	<p>NSA - . A premissa de risco de insolvência é bem menor está incorreta - O baixo turnover das autogestões contribui para envelhecimento da carteira e afeta gravemente o equilíbrio econômico do plano, haja vista tratar-se de regime mutualista. Por outro lado, há possibilidade de maior eficácia dos programas de prevenção de doenças e promoção à saúde, porém seus efeitos podem ser insuficientes para reduzir o risco de insolvência e conferir melhores resultados. No caso do Mantenedor já há diferenciação de exigências regulatórias. Os patrocinadores não se responsabilizam pela solvência da autogestão, portanto não há fundamentação para diferenciação de regras de solvência. A forma que a regulação trata a redução do risco de insolvência é por meio de exigência de constituição de provisões técnicas e Margem de Solvência.</p>
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 1	Avaliar o custo benefício da imposição de regras diante da realidade dos planos odontológicos	O mercado de planos odontológicos possui índice de reclamações extremamente baixo, independente do porte ou da região da operadora, de modo que a obrigação de criar algumas estruturas como ouvidorias (OPS com mais de 100 mil beneficiários) podem onerar mais os preços dos planos do que trazer benefícios. Sugere-se o desenvolvimento de estudos que avaliem o custo %u2013 benefício, visando rever os normativos mostrem impactos elevados ao setor sem a contrapartida do benefício no mesmo patamar.	6056	As Ouvidorias são para operadoras com mais de 100 mil beneficiários - A análise do REA-Ouvidorias (Relatório Estatístico e Analítico das Ouvidorias) – ano base 2014 – revelou que as Odontologias de Grupo receberam os maiores números de demandas de Ouvidorias dentr
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 1	Adaptar a metodologia do monitoramento da garantia de atendimento	Além dos planos odontológicos possuírem índices de reclamações extremamente baixos, as reclamações de planos de saúde no PROCON têm caído assim como têm acontecido no âmbito da ANS, conforme observado nos últimos 6 ciclos de monitoramento. Todavia, apesar desta queda, o número de empresas e planos penalizados no último ciclo foi maior, demonstrando a fragilidade do método utilizado. Portanto, é de suma importância avaliar e adaptar o modelo para que o melhor resultado seja produzido.	6057	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". O tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS.
Eixo Estruturante 2	Revisão dos coeficientes da regra padronizada de margem de solvência para planos odontológicos	A atual regra padronizada não diferencia o segmento odontológico do médico, mesmo quando os planos odontológicos possuem menor risco e variabilidade do sinistro inferior ao verificado nos planos médicos. Portanto, conforme pleiteado pelo Sinog, Fenasaúde e Uniodonto, no documento Projeto de incentivo ao crescimento e desenvolvimento do segmento odontológico, sugere-se a revisão da RN nº 209, de modo a criar regra própria para planos odontológicos	6058	JC - Discussão em andamento na DIOPE - Comissão permanente de Solvência
Eixo Estruturante 2	Projeto de incentivo ao plano odontológico de contratação do tipo individual	Conforme exposto no documento Projeto de incentivo ao crescimento e desenvolvimento do segmento odontológico é de suma importância rever e aprimorar algumas regras de modo a adaptá-las à realidade dos planos odontológicos. A revisão se daria nas regras de reajuste, aumento da multa por rescisão unilateral e a regulamentação de prazos de vigência superior a 12 meses.	6059	Revisão pela área técnica

Eixo Estruturante 2	Compatibilização da penalidade para o segmento odontológico	Tendo em vista as especificidades do segmento odontológico, como o baixo índice de reclamações e o reduzido ticket médio, é fundamental para a sustentabilidade do setor que sejam realizados estudos sobre a adequação das penalidades para as hipóteses de infrações cometidas pelas operadoras exclusivamente odontológicas.	6060	NA - O cálculo das penalidades aplicadas em razão das ações fiscalizatórias é compatibilizado conforme o nº de beneficiários existentes na carteira de Operadora, o que confere razoabilidade à medida.
Eixo Estruturante 1	Melhora na definição do processo de dimensionamento da Rede Credenciada.	Problema: Dificuldade no mapeamento da Rede Credenciada Produto esperado: Manter a Rede Credenciada equilibrada em relação ao tripé formado por oferta, demanda e necessidade da população abrangida e melhorar a oferta de prestadores de serviços em conformidade ao órgão regulador.	6061	PA - A sugestão está contemplada no âmbito de discussão da área técnica. Dimensionamento da rede credenciada. Dispersão da rede; Georreferenciamento e mapa de utilização do SUS
Eixo Estruturante 1	Qualificação da Rede Credenciada	Problema: Escassez nos títulos de qualificação e monitoramento pelos órgãos competentes. Resultado esperado: Exigência e fiscalização dos órgãos competentes aos prestadores de serviços, no que se refere aos títulos de qualificação, permitindo assim a avaliação e escolha pelo prestador, bem como uma gestão eficiente da rede credenciada.	6062	PA- O Programa de Qualificação de Prestadores - QUALISS está em fase de reestruturação e as propostas examinadas tem sido amplamente discutidas inclusive no âmbito do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial.
Eixo Estruturante 1	Promover ações para o atendimento humanizado.	Problema: Devido ao aumento da demanda, houve uma queda na qualidade da prestação dos serviços. Resultado esperado: Promover ações de conscientização com a rede credenciada, visando estabelecer um atendimento humanizado na relação cliente versus prestador. O atendimento final deve ser eficaz.	6063	PA - O Programa de Qualificação de Prestadores - QUALISS está em fase de reestruturação e as propostas examinadas tem sido amplamente discutidas inclusive no âmbito do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial.

Eixo Estruturante 2	Criar programas de conscientização de utilização.	Problema: Má utilização dos serviços de saúde ofertados pelas operadoras. Resultado esperado: Permitir que os beneficiários estejam cientes dos seus direitos e deveres, promovendo o uso consciente aos serviços de saúde	6064	JC - Tal tema faz parte do agenda do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial que tem participação de todos os segmentos da sociedade.
Eixo Estruturante 2	Definição de mecanismos para regular os prestadores.	Problema: Falta de critérios para prática das tabelas adotadas. Resultado esperado: Custeio adequado na prestação dos serviços em saúde, visando a manutenção das atividades do setor.	6065	FE - A ANS regula diretamente as operadoras de planos de saúde e se uma má prestação por parte de sua rede resulta em algum problema de cobertura a operadora pode vir a ser punida. A relação entre prestador e operadora é regida por um contrato e as obrigações do prestador devem estar nele previstas a fim de resguardar tanto as operadoras como os beneficiários. Assim, foram regulamentadas normas que estabelecem as regras para a contratualização entre as partes, para aplicação do reajuste dos prestadores, aplicação de fator de qualidade na composição do reajuste dos prestadores, regras para substituição de prestadores descredenciados e comunicação ao consumidor, e outras ações voltadas aos prestadores tais como programa de qualificação - QUALISS e Parceria ANS/IHI/EINSTEIN para implantação de novos modelos de arranjos assistenciais na prestação dos serviços.

Eixo Estruturante 1	Elaboração de protocolos para autorização de OPME. Cada Operadora precisa discutir e montar, com cada prestador, protocolo próprio, de acordo com especialidade e particularidades específicas de cada prestador. Protocolos organizados, por especialidade, com validação da ANS, respeitando as indicações técnicas e fundamentado na Medicina Baseada em Evidências.	A padronização de protocolos permite que o fabricante/fornecedor ajuste seu portfólio, reduza preços e aprimore a qualidade dos OPME. Isto impacta positivamente o custo das operadoras; e, por outro lado, agiliza o processo de compra e fornecimento, com vantagens ao beneficiário	6066	Revisão pela área técnica
Eixo Estruturante 2	Implantação de Tabela de Referência de OPME. Problema: Falta de um parâmetro para referência nos processos de negociação. Grandes operadoras criam suas próprias tabelas, porém outras operadoras são mais pressionadas para usarem a tabela Simpro como referência. Resultado esperado: Tabela, com validação da ANS, disponibilizada ao mercado, contendo valores de referência de OPME, com foco nas indicações clínicas.	Uma tabela com selo da ANS permitirá que todas as operadoras tenham um parâmetro justo para negociação, reduzindo as disparidades de preços entre os fornecedores, regulando o mercado e impactando na sustentabilidade das partes envolvidas.	6067	JC - O tabelamento de preços de produtos foge ao escopo da ANS. Ações específicas sobre OPME podem ser contempladas no macroprojeto 2.2. Os resultados do GT de OPMEs serão divulgados, não sendo apenas de responsabilidade da ANS
Eixo Estruturante 2	Padronização de arquivos para fornecedores. Os arquivos transmitidos pelos fornecedores não seguem um formato padronizado. Produto esperado: Padronização TISS, incluindo a formatação em XML, na relação operadoras/fornecedores/operadoras, a exemplo do que já ocorre com os prestadores de serviço.	A obrigatoriedade de encaminhar dados de faturamento em formato XML propiciará mais transparência, rastreabilidade e agilidade nas trocas de arquivos, especialmente os relacionados a pagamentos, reduzindo custos operacionais.	6068	NA - O Padrão TISS não destina a padronizar a troca de dados referentes às compras efetuadas pelas operadoras.

Eixo Estruturante 2	Avaliação da customização da relação entre prestadores e operadoras. Definição de regras por parte da ANS para limitar a ação de fornecedores, estabelecendo a obrigatoriedade dos prestadores de homologarem mais de um instrumento utilizado para implantar OPME. Problema: Cada prestador requer um tratamento (contrato) específico por conta da necessidade de a operadora se ajustar às suas particularidades, via de regra, decorrentes da dependência gerada do prestador para com seu fornecedor.	Isso permitirá um mínimo de concorrência no mercado, fato essencial para que os preços se tornem mais competitivos e acessíveis às Operadoras. Fornecedores %u201Calugam%u201D materiais permanentes %u201Cexclusivos%u201D utilizados para implantar OPME e, desta forma, criam a dependência dos prestadores que só podem usar as marcas por eles fornecidas, violando o art. 3º, da Res. CFM 1956/2010. Além de monopolizar o mercado, fornecedores encarecem o preço de OPME e tornam a operadora refém desta situação.	6069	PA - A ANS é integrante de um Grupo de Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso a OPME em território nacional. Em julho de 2015 o grupo concluirá suas atividades, com recomendações de trabalho para as instituições participantes. A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2.
Eixo Estruturante 1	Implantação de modelos de avaliação prévia à incorporação de tecnologia	A incorporação de tecnologia sem análise e recomendações prévia aumenta custos, compromete a qualidade do atendimento e o acesso dos beneficiários. Desse modo, sugere-se a análise e estudo do modelo utilizado pelo SUS, sob a alçada do CONITEC, bem como da experiência internacional. Não obstante, é fundamental a publicidade sobre o assunto: deixando claro para a sociedade o porquê da tecnologia ter sido aceita ou não e as diretrizes de utilização (DUT).	6070	JC - A ANS instituiu o comitê COSAÚDE para a discussão de temas relativos à regulação assistencial e participa do CONITEC, para análise das questões pertinente à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Eixo Estruturante 1	Agenda propositiva para planos individuais	Há uma série de fatores que fazem com que os planos individuais não sejam sustentáveis, por exemplo: adesão de beneficiários que já tem expectativa de elevada utilização dos serviços de saúde (seleção adversa), reajuste regulado e a impossibilidade de rescisão unilateral do contrato. Dado os grandes desafios, sugere-se a elaboração de estudos, análise de outros modelos internacionais, bem como a criação de Comitê técnico específico para discutir o tema.	6071	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". GT acesso individual.
Eixo Estruturante 1	Estudos sobre oferta e demanda de serviços médico-hospitalares	Realização de estudos sobre oferta e demanda de serviços médico-hospitalares, buscando identificar a existência de mercados com deficiência na oferta e mensurar o seu impacto sobre a assistência de saúde.	6072	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Já há estudo relativo aos mercados relevantes no setor, porém falta informação da rede privada para maior aprofundamento.
Eixo Estruturante 1	Qualificar a entrada do beneficiário no plano, implementar nova política de tratamento para o ato de contratação.	Ausência de regulamentação da matéria, embora já tenha finalizada a CT a respeito da matéria (última reunião em 02/10/2014).	6073	JC - O tema está sendo tratado no GT de Acesso Individual instituído pelo Boletim de Serviço ANO 15 - Nº 54, de 30/04/2015.
Eixo Estruturante 2	Impacto da regulação no setor	Dificuldade das operadoras, principalmente as pequenas e médias, em cumprir com várias exigências regulatórias implantadas simultaneamente, com aumento dos custos administrativos sem observar o retorno na qualidade da assistência prestada aos beneficiários.	6074	JC - A ANS vem trabalhando no sentido de analisar impactos e permitir diferenciações de acordo com o porte das operadoras, conforme várias resoluções normativas, no que diz respeito aos prazos para implantação e em relação à complexidade das exigências regulatórias (ex: RN 274; 307).

Eixo Estruturante 2	Propiciar a revisão técnica dos reajustes	Necessidade de haver um tratamento diferenciado para as operadoras que comprovarem os prejuízos advindos das carteiras de plano individual/familiar; dificuldade das operadoras em aplicarem os reajustes apurados nas carteiras de planos exclusivos de demitidos/aposentados sem a possibilidade de transferir a diferença para o plano dos ativos, quando a contratação é feita em separado.	6075	PA - A sugestão está contemplada no âmbito de discussão da área técnica, especialmente o GT que estuda o preço dos produtos
Eixo Estruturante 2	Mecanismos de transferência e compartilhamento de risco e de rede	Necessidade de haver divulgação da conclusão dos estudos sobre a matéria (item 2.5 da Agenda Regulatória 2013/2014), bem como continuar as discussões sobre as revisões dos produtos para atender às necessidades comerciais e particularidades regionais.	6076	PA - A sugestão está contemplada no âmbito de discussão da área técnica. Projeto 2.5 - transferência e compartilhamento risco/rede - conclusão do estudo

Eixo Estruturante 2	Laboratório de Inovação, Desenvolvimento e Sustentabilidade do Setor	Deixar claro o objetivo do LAB-DIDES e as ações que devem ser promovidas por este Canal, respeitando as competências de cada Diretoria e a importância de discussão mais aprofundada de vários assuntos via Câmara Técnica.	6077	<p>NA - O LAB-DIDES tem como objetivo coordenar atividades relacionadas à pesquisa, estudo, avaliação e elaboração de propostas para promover o desenvolvimento, a sustentabilidade e o estímulo à inovação no âmbito da saúde</p> <p>suplementar, em articulação com as demais diretorias da ANS, que possuem representantes na composição do Laboratório. Todos os temas discutidos no Laboratório que envolvam assuntos pertinentes a Câmaras Técnicas já existentes serão devidamente tratados nestas. O LAB-DIDES, apesar de seus temas estarem incluídos dentro do eixo 2, não aparece explicitamente na Agenda Regulatória, pois o modelo proposto nessa Consulta Pública definiu apenas os eixos e os macroprojetos. A definição detalhada dos projetos a serem criados ocorrerá num momento seguinte. Ademais, o LAB-DIDES já está em curso e não se encaixa dentro de um macroprojeto específico, mas envolve todo o eixo.</p>
---------------------	----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 2	Monitoramento da Garantia de Atendimento	Continuidade ao GT sobre a garantia de atendimento e avançar nos estudos para que o monitoramento leve a uma efetiva melhoria na qualidade da assistência com dados que possam ser avaliados e questionados pelas operadoras.	6078	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS
Eixo Estruturante 2	Consolidação e compilação dos normativos da ANS	Estruturar as normas da ANS para que possam ser de fácil acesso a beneficiários, prestadores, operadoras e demais interessados, a fim de dar plena transparência das obrigações regulatórias, bem como criar um modelo que institua regras mais criteriosas antes da publicação de normativo.	6079	Objeto tratado como Projeto da 2a agenda -avanços (5.3)
Eixo Estruturante 2	Modelo de fiscalização coletiva e aprimoramento dos processos de ajustamento de conduta	Embora sejam assuntos tratados na Agenda Regulatória 2014/2015, as regras de fiscalização coletiva não foram implementadas e os processos de TCAC tem gerado dificuldades de compreensão, necessitando mais discussão com o setor visando seu aprimoramento com o objetivo de ser efetivamente implementado como modelo alternativo à sanção para fins de desenvolvimento e educação setorial.	6080	A Agência já vem reunindo esforços e elaborado estudos no sentido de aprimorar continuamente as ações fiscalizatórias. Quanto aos TCACs há Resolução Normativa tratando especificamente sobre o assunto, RN 372 de 2015.

Eixo Estruturante 2	Mecanismos de Regulação	Retomar os estudos sobre mecanismos de regulação cuja última reunião da Câmara Técnica ocorreu em 13/11/2012, principalmente em virtude de entendimentos diferentes pelos fiscais sobre os diversos mecanismos de regulação administrativos e financeiros possíveis.	6081	A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pelo Bole
Eixo Estruturante 2	Regras Prudenciais de Regulação	A atual regra padronizada para a margem de solvência embute coeficientes importados do segmento dos seguros gerais, que apresenta variabilidade significativamente maior que a observada no contexto da saúde suplementar. Além do mais, o aumento constante do valor provisionado pelas operadoras evidenciam o comprometimento das operadoras e propiciam segurança para que a mudança nas regras de margem de solvência, visando adequá-las às melhores práticas, aconteçam de forma segura.	6082	JC - Discussão em andamento na DIOPE - Comissão permanente de Solvência

Eixo Estruturante 2	Unificação de Entendimentos e Participação Social na sua Construção	Necessidade de divulgar os entendimentos da ANS para compreensão do setor sobre as regras a serem seguidas e pelos próprios fiscais, evitando sanções por entendimento pontual de determinado Núcleo ou por falha de compreensão do normativo pelas operadoras; importância da participação das entidades representativas do setor e de outros interessados no envio de contribuições prévias sobre os entendimentos, com o objetivo de explicar eventuais problemas operacionais e comerciais que podem decorrer em	6083	JC - A Agência já vem reunindo esforços e elaborando estudos no sentido de uniformizar as ações fiscalizatórias, tornando-a mais eficiente. Uniformização de entendimentos - 2.2
Eixo Estruturante 2	Elegibilidade na contratação de planos	Aprimorar os conceitos das entidades elegíveis na contratação de planos coletivos, retomar a possibilidade de consulta prévia à ANS nos casos em que a norma não for clara a respeito, viabilizar meios para contratação de planos individuais para quem não deseja ser beneficiário (ex: empregador doméstico contratar plano para seu empregado).	6084	PA - O tema está sendo tratado no GT de Acesso Individual instituído pelo Boletim de Serviço ANO 15 - Nº 54, de 30/04/2015.
Eixo Estruturante 2	Atuação das administradoras de benefícios	Estudar os modelos atuais de interveniência das administradoras de benefícios e a melhoria da qualidade na assistência à saúde versus impacto financeiro de um intermediador no processo de contratação do plano.	6085	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento das regras para comercialização e dos planos individuais e coletivos". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pelo Boletim de Serviço ANO 15 - Nº 54, de 30/04/2015

Eixo Estruturante 2	Atuação das autogestões em condições mercadológicas diversas	Estudar as revisões aplicadas nas normas das autogestões, estendendo o rol de dependentes para além dos permitidos para as demais modalidades de operadoras, impedindo uma concorrência leal por impedir o patrocinador de transferir toda a massa de beneficiários para outra modalidade de operadora.	6086	NA - A idéia sugere uma desvirtuação do conceito de autogestão à medida que ampliaria o grupo alvo de autogestões
Eixo Estruturante 2	Regulamentação de mecanismos de mitigação de riscos	A regulamentação de mecanismos, já existente em outros ramos de seguros, como resseguro e cosseguro, é fundamental para a sustentabilidade do setor, em especial quando levado em consideração a abrangência do nosso território e os modelos de negócios necessários para realizar o atendimento em determinadas situações.	6087	AC- Tal questão já vem sendo tratada e foi apontada no âmbito dos estudos de compartilhamento de riscos no setor. Já há proposta de continuidade dos estudos.
Eixo Estruturante 2	Campanhas de esclarecimento para a sociedade	Desenvolvimento de campanhas que esclareçam o consumidor sobre seu importante papel no modelo de mutualismo, que é base central da metodologia de custeio do plano ou seguro de saúde.	6088	JC - A ANS tem periodicamente lançado manuais, cartilhas e guias práticos com o intuito de orientar, tanto operadoras quanto consumidores e prestadores.

Eixo Estruturante 3	Revisão do processo de ressarcimento ao SUS	Após a incorporação das APACs alguns problemas se tornaram ainda mais evidentes, como: procedimentos cuja tabela SUS acrescida de 50% estão mais caros do que a tabela da operadora e processo operacional mais que duplicou, se tornando demasiadamente caro. Portanto, para aprimorar o ressarcimento e ter regras que estimulem o beneficiário a utilizar a rede da operadora, desafogando a rede pública, pede-se a criação de comitê técnico específico sobre o tema.	6089	PA - A sugestão apresenta uma ação específica, que poderia ser contemplada dentro do macroprojeto 3.1
---------------------------	------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Eixo Estruturante 3</p>	<p>Revisão da metodologia de cobrança das APAC</p>	<p>O modelo de cobrança das APAC necessita de maior discussão, por terem sido incluídos exames simples ao PAC, o que ampliam sobremaneira o custo com o processo administrativo, inclusive por conta das impugnações parciais, além do aumento expressivo de itens a serem analisados por ABI no curto prazo hoje contemplado para impugnação e recurso, não garantindo a ampla defesa.</p>	<p>6090</p>	<p>JC - Inicialmente, cabe esclarecer que para operacionalização do processo de ressarcimento ao SUS é necessário o recebimento pela ANS das bases de dados de produção de serviços realizados no SUS que são gerenciadas e disponibilizadas pelo DATASUS/MS – Ministério da Saúde. O instrumento de registro das internações hospitalares é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) é um dos instrumentos de registro do Sistema de Informação Ambulatorial.</p> <p>Dentro do fluxo operacional do ressarcimento, a aplicação de filtros ao resultado do record linkage probabilístico entre as bases de dados de atendimentos no SUS e a base de dados de beneficiários da saúde suplementar visa verificar a existência de atendimentos identificados que, com base em informações presentes em diversos sistemas da ANS, não devem ser objeto de cobrança, portanto, esta etapa é de grande relevância para a determinação do quantitativo de notificações às operadoras. A ANS vem trabalhando no aprimoramento dos filtros do batimento, com o intuito de evitar cobranças indevidas.</p> <p>Além do exposto, importante destacar que, em março de 2015, foi criado o Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial - LAB-DIDES, com o objetivo de avaliar estudos e pesquisas sobre os temas relacionados ao desenvolvimento, a sustentabilidade, concorrência, qualidade e inovação setorial, além de discutir políticas regulatórias. Portanto, questões regulatórias relacionadas ao ressarcimento ao SUS podem ser</p>
----------------------------	----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				propostas para discussão nesse grupo.
--	--	--	--	---------------------------------------

Eixo Estruturante 2	Tornar obrigatória a inclusão de cláusula contratual estabelecendo a metodologia de reajuste dos planos de saúde coletivos para estimular à concorrência, à transparência e à escolha empoderada dos consumidores.	É importante esclarecer que não se está pedindo para que a ANS defina os percentuais de reajuste desses planos, mas sim que as operadoras de planos de saúde incluam nos contratos de planos de saúde coletivos qual a metodologia utilizada para se chegar ao índice de reajuste a ser aplicado anualmente. A ANAB entende que tal medida reduzirá a assimetria de informação, tornando o reajuste mais transparente e dando maior poder de decisão às empresas e entidades contratantes.	6091	PA - A sugestão está contemplada no âmbito de discussão da área técnica. Eixo 2 - cláusula contratual com a metodologia reajuste dos planos de saúde coletivos (projeto 2.2)
Eixo Estruturante 1	a) Promover o acompanhamento da garantia de acesso, com adequação dos prazos às realidades loco-regionais, bem como, às realidades de mercado, e a oferta de especialistas em âmbito loco-regional; b) Redesenho dos processos de redimensionamento de rede, baseando-os única e exclusivamente no atendimento às garantias de acesso, tornando-os mais ágeis e mais flexíveis às operadoras, inclusive permitindo redimensionamentos mais céleres por motivos de qualidade assistencial;	Medidas fundamentais para o aprimoramento do setor.	6092	JC - No que diz respeito ao monitoramento, a sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS. As demais sugestões estão contempladas no âmbito de discussão da área técnica.

Eixo Estruturante 1	c) Estimular a qualidade assistencial e desestimular prestadores de serviços sem qualidade; d) Melhorar a qualidade de contratualização dos beneficiários e prestadores, equilibrando forças entre direitos e deveres de operadoras, de beneficiários, e prestadores de serviços; e) Revisão da norma que rege a questão das doenças e lesões preexistentes - DLP, que além de não atender aos anseios das operadoras, sobrecarrega a ANS com processos longos e que ao final perde sua finalidade;	Medidas fundamentais para o aprimoramento do setor.	6093	JC - No que diz respeito ao monitoramento, a sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS. As demais sugestões estão contempladas no âmbito de discussão da área técnica.
Eixo Estruturante 1	f) Que antes do processamento do registro da NIP, que se exija que o consumidor/beneficiário forneça o protocolo de atendimento fornecido pela Operadora, sem exceção, e que a ANS direcione o consumidor/beneficiário a buscar a Ouvidoria da sua Operadora, que intermediará internamente como canal de 2ª instância, buscando a resolução do conflito e a reavaliação da sua demanda;	Medida fundamental para fazer valer a existência das ouvidorias e canais de atendimento aos consumidores	6094	NA - Não há, na regulamentação setorial vigente, dispositivo que impeça o cadastro de reclamação diante da ausência de protocolo. De toda forma, todos os canais da ANS informam claramente da necessidade de procurar a operadora antes da reclamação. Caso o consumidor informe que não conseguiu contato com sua operadora ou não lhe foi informado número de protocolo, a demanda é aberta e imediatamente encaminhada para a operadora respectiva para ciência e adoção das providências que julgar cabíveis.

Eixo Estruturante 1	g) Que o Monitoramento da Garantia de Atendimento seja revisto, possibilitando à operadora a apresentação de manifestação/defesa antes de decida a suspensão de comercialização. h) Que no Monitoramento da Garantia de Atendimento seja adotado um porte único, isto é, mediana única para todo setor de saúde suplementar, independente do porte. E que se estabeleça um meta real, diferente de zero, visto que é inaceitável que nenhuma reclamação seja o corte considerado neste monitoramento.	No monitoramento deve ser assegurado à operadora o direito constitucional da defesa, pois a suspensão da comercialização implica em danos à imagem da operadora. Apesar de ser considerada uma medida preventiva, na prática a suspensão de comercialização é uma punição, em razão da exposição midiática a qual a operadora é submetida. Em outras agências reguladoras - ANATEL E ANEEL - não existe meta zero, mas metas máximas permitidas.	6095	JC - No que diz respeito ao monitoramento, a sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS. As demais sugestões estão contempladas no âmbito de discussão da área técnica.
Eixo Estruturante 2	a) Incentivos às operadoras, aos beneficiários para a mudança do modelo assistencial centrado no Cuidado do Paciente; b) Edição de normativos que autorizem as operadoras a adotar a Atenção Primária como linha de cuidado, inclusive para os contratos já firmados, buscando a sustentabilidade do setor, o equilíbrio na relação contratual, com a adoção de gerenciamento de ações necessárias na promoção da saúde e prevenção de doenças;	Há a necessidade de mudar o modelo hospitalocêntrico, sob pena de inviabilidade do setor em razão do aumento de custos e do perfil etário da população.	6096	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos internos

<p>Eixo Estruturante 2</p>	<p>c) Ações conjuntas no Poder Judiciário a fim de que o mesmo reconheça preferencialmente a regulamentação da ANS nos julgamentos e antecipação de tutelas ; d)Estudos e revisões sobre necessidade de Margem de Solvência, Capital e Provisões do Setor; e)Incentivo à construção ou ampliação de recursos hospitalares e diagnóstico, com a liberação de parte dos ativos, para aumento de números de leitos, assim como na compra de outros insumos, necessários para garantir a continuidade do tratamento</p>	<p>A judicialização do setor têm trazido o comprometimento da saúde financeira das operadoras e do próprio SUS. O valor exigido de ativos garantidores é exorbitante e poderia, ao menos, propiciar a melhoria do atendimento aos beneficiários.</p>	<p>6097</p>	<p>(i) Discussão sobre as regras de Margem de Solvência serão feitas na comissão permanente de solvência; (ii) DIOPE já tratou da questão de liberação de ativos para investimentos na última agenda regulatória, concluindo que não há viabilidade para tal ação diretamente. Porém, já estuda formas de incentivar investimentos cujo objetivo é o financiamento de estruturas em saúde (FIP Saúde). (iii) No que tange aos ativos garantidores relacionados ao SUS, questão já foi contemplada de certa forma com a RN nº 375, na qual atrela a exigência de ativos garantidores para a parcela do Ressarcimento ao SUS, cujas ABI ainda estão em discussão, ao % de adimplência efetiva da operadora. Já há possibilidade de isenção de ativos garantidores para Ressarcimento ao SUS parcelado</p>
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 2	f) Atuações nas órteses e próteses; g) Mudança no modelo/sistemática de reajuste de planos individuais; h) Atualização constante do banco de pareceres técnicos do site da ANS, bem como melhorias quanto ao tempo e fundamentação das respostas às consultas realizadas pelas operadoras pelo serviço Fale Conosco disponível em <a href="http://www.ans.gov.br">www.ans.gov.br</a> ;	Medidas importantes para o equilíbrio da carteira atuarial da carteira de beneficiários das operadora, além da redução de custos.	6098	Revisão pela área técnica
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	---------------------------

<p>Eixo Estruturante 2</p>	<p>i) Seja formado grupo técnico na ANS para a redução do número e conteúdo de normativas publicadas, para evitar inclusive conflito de normas, como atualmente verificado entre o artigo 21, II da RN nº 338/13 e o Anexo I da IN nº 23/09 TEMA III, alínea D, item 16;</p>	<p>Promover segurança jurídica ao setor de saúde suplementar</p>	<p>6099</p>	<p>A ANS vem realizando ações no sentido da produção de normativos que observem os princípios de boas práticas regulatórias e tem trabalhado intensamente para a ampla divulgação e utilização dos princípios de Análise de Impacto Regulatório que enfatiza a revisão periódica de normativos e a utilização de critérios muito rígidos de qualidade regulatória para a edição de novos normativos. Foi criada uma coordenação interna à gerência de planejamento, órgão da presidência da ANS com esta finalidade. Foi criado um grupo executivo com representantes de todas as áreas da Agência e produzido um guia de boas práticas contendo uma ferramenta de análise intermediária para que seja utilizado nos projetos que tenham sido classificados como de importância estratégica e de grande impacto para o setor. JC - Na Agenda Regulatória 2013/14, a ANS iniciou o projeto relativo à consolidação e compilação dos atos normativos, com um piloto interno, com base no regimento interno. Este é um projeto de médio prazo, que exige análise do estoque regulatório.</p>
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Eixo Estruturante 3</p>	<p>a) Remodelação do processo de Ressarcimento ao SUS, permitindo que haja interação direta entre o prestador SUS e as operadoras, quer seja para cobranças de atendimentos realizados, quer seja para encaminhamento de pacientes que buscaram atendimento, e outros; b) Construir relacionamento de integração e complementariedade, e não como o modelo atual, onde está sendo criados dois Sistemas paralelos (Sistema Público e Sistema Suplementar, dentro do Sistema Único de Saúde);</p>	<p>As operadoras podem ser as locomotivas na construção de uma saúde pública melhor através, por exemplo, de parcerias público-privadas.</p>	<p>6100</p>	<p>NA - No que concerne à interação entre os prestadores que recebem recursos do SUS e as operadoras, cabe destacar que não há vedação legal para ao contato direto entre ambos para o encaminhamento de pacientes. Ao contrário, os estabelecimentos de saúde podem, q</p>
----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Eixo Estruturante 3</p>	<p>c) Criação de campanhas e ações por parte da ANS para incentivar/conscientizar os consumidores sobre a importância de manterem seus dados cadastrais atualizados junto às operadoras; d) Impossibilidade da exigência de ativos garantidores, quando houve depósito judicial dos valores relativos ao ressarcimento ao SUS; e) Que a cobrança das APACs não seja realizada de forma retroativa, com a finalidade de se evitar insegurança jurídica ao setor e fortes impactos econômico-financeiros às operadoras</p>	<p>Necessidade de equilíbrio econômico financeiro das operadoras, sob pena de insolvência do setor.</p>	<p>6101</p>	<p>NA - A ANS tem periodicamente lançado manuais, cartilhas e guias práticos que podem orientar, tanto operadoras quanto consumidores e prestadores. Os depósitos judiciais não serão considerados para o cálculo de adimplência, pois não se trata de efetivo pagamento. Os valores depositados judicialmente apenas serão convertidos em renda após decisão judicial. Considerando os fatores acima expostos, a nomenclatura do cálculo será alterada a fim de não gerar interpretações incorretas, pois o cálculo considera apenas o efetivo pagamento dos valores devidos. No que concerne à retroatividade na cobrança de APACs, cabe esclarecer que esta cobrança ocorreu no 54º ABI em relação à mesma competência em que as AIHS estão sendo cobradas. Quanto ao tema, imperioso lembrar que o Tribunal de Contas da União tem entendimento no sentido da imprescritibilidade dos créditos decorrentes do ressarcimento ao SUS. Portanto, a ANS não pode optar pela não cobrança. Conforme RN 227, os depósitos judiciais de eventos já abatem a exigência de ativos garantidores.</p>
----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 1	Acrescentar o terceiro Macroprojeto com o seguinte título: "Estabelecer regulação que responsabilize os demais agentes de saúde suplementar, como prestadores de serviços em saúde"	1. A regulação da Saúde Suplementar se restringe as operadoras, não responsabilizando ou fiscalizando os prestadores, muitas vezes, que impunes, não se comprometem com a qualidade ou sustentabilidade do sistema. 2. Falta de autonomia das operadoras de gestão sobre os prestadores, por impedimento da própria regulação da ANS, como o fim da uni militância (RN 175). 3. Falta de compromisso e impunidade regulatória dos prestadores da Saúde Suplementar que fraudam as operadoras.	6102	FE- A ANS regula diretamente as operadoras de planos de saúde e se uma má prestação por parte de sua rede resulta em algum problema de cobertura a operadora pode vir a ser punida. A relação entre prestador e operadora é regida por um contrato e as obrigações
Macroprojeto 2.1	Alterar a nomenclatura do Macroprojeto 2.1: "Aprimoramento das regras para comercialização e dos planos individuais e coletivos, incluindo administradoras, corretoras e etc."	Falta de fiscalização das administradoras sobre as práticas de comercialização, permitindo fraudes contra operadoras, elegibilidades duvidosas e informações incompletas ao consumidor durante a comercialização.	6103	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento das regras para comercialização e dos planos individuais e coletivos". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pelo Boletim de Serviço ANO 15 - Nº 54, de 30/04/2015

Eixo Estruturante 2	Acrescentar o terceiro Macroprojeto com o seguinte título: "Desenvolver novo método de reajuste para contratos individuais/familiares, usando como base grupos de operadoras por afinidade, como IDSS, região e porte"	1. Padrão de regulação pouco sensível as diversidades regionais, gerando maiores dificuldades nas regiões com menor capacidade de pagamento. 2. Regulação de reajustes pela agência com base nos custos de operadoras e regiões heterogêneas em qualidade e recursos assistenciais. Essa distorção nivela por baixo a qualidade, pois prejudica as operadoras com o custo superior por qualidade superior.	6104	JC - Em maio/15 foi instaurado o GT de Política de Preço constando de seu escopo a análise das metodologias de reajuste de planos individuais, inclusive quanto às possíveis segmentações do reajuste.
Macroprojeto 2.1	Alterar o modelo de reajuste de planos individuais.	Com o reajuste controlado pela Agência, despesa assistencial elevada e contrato podendo ser cancelado apenas pelo beneficiário, a sustentabilidade destes planos e o interesse das operadoras em operá-los são baixos. Necessário reestabelecer o equilíbrio atuarial, financeiro e assistencial dos planos individuais.	6105	JC - Em maio/15 foram instaurados o GT's de Política de Preço e de Acesso Individual. A sugestão está contemplada no âmbito de discussão da área técnica.

Macroprojeto 3.1	Remodelar o processo de Ressarcimento ao SUS, permitindo que haja interação direta entre o prestador SUS e as operadoras, quer seja para as cobranças de atendimentos realizados, quer seja para encaminhamento de pacientes que buscaram atendimentos.	Da forma atual, o ressarcimento não atende a contento nem ao setor público, nem ao privado, pois o processo é lento e, muitas vezes, falho. Aumentar a interação pode auxiliar no processo de complementação na saúde brasileira.	6106	NSA - No que concerne à interação entre os prestadores que recebem recursos do SUS e as operadoras, cabe destacar que não há vedação legal para ao contato direto entre ambos para o encaminhamento de pacientes. Ao contrário, os estabelecimentos de saúde podem, quando identificarem que o paciente possui plano de saúde, entrar em contato com a operadora para que seja realizada a remoção para hospital credenciado. Importante destacar que a remodelação do processo de ressarcimento ao SUS, a fim de tornar obrigatório esse contato, ultrapassa o escopo de atuação da ANS, na medida em que demandaria, inclusive, alteração legislativa. O modelo de ressarcimento ao SUS tem fundamento no art.32 da Lei nº9656, de 1998, e qualquer mudança depende de alteração legislativa.
Eixo Estruturante 3	Replicar e divulgar experiências do cooperativismo médico de parcerias locais e regionais de atendimento ao Sistema Público.	Consideramos ser estratégico para o país o reconhecimento do cooperativismo de saúde como alternativa viável para o acesso à saúde pela população brasileira, a partir de parcerias público-privadas para atendimento do SUS pelas cooperativas. Esta possibilidade constitucional garantirá, efetivamente, a universalização do serviço de saúde brasileiro.	6107	Fora do escopo de atribuição da ANS; contribuição à integração e discussão no âmbito do setor saúde
Eixo Estruturante 1	0 0	0 0	6108	

Eixo Estruturante 1	Liberação de ativos garantidores para construção/ampliação de serviços próprios;	Liberação de ativos garantidores para construção/ampliação de serviços próprios;	6109	<p>NA - DIOPE já tratou da questão de liberação de ativos para investimentos na última agenda regulatória, concluindo que não há viabilidade para tal ação diretamente. Porém, já estuda formas de incentivar investimentos cujo objetivo é o financiamento de estruturas em saúde (FIP Saúde)</p>
Eixo Estruturante 1	Incentivo efetivo para as operadoras no desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.	Incentivo efetivo para as operadoras no desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.	6110	<p>JC - Já existem alguns incentivos para as operadoras oferecerem Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Risco e Doenças. Já há possibilidade de redução da exigência de margem de Solvência em função de gastos com PROMOPREV, conforme INC DIPRO DIOPE nº 7, de 2012. Estamos estudando novas formas de incentivos.</p>

Eixo Estruturante 1	Regulamentação do instituto da Junta Médica e da terceira opinião, primando pela praticidade e agilidade.	Regulamentação do instituto da Junta Médica e da terceira opinião, primando pela praticidade e agilidade.	6111	JC - O tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pelo Boletim de Serviço ANO 15 - Nº 54, especialmente, o GT que trata dos mecanismo de regulação.
Eixo Estruturante 2	Criar urgentemente mecanismos efetivos de controle aos abusos relacionados com a utilização de OPMEs.	Criar urgentemente mecanismos efetivos de controle aos abusos relacionados com a utilização de OPMEs.	6112	A ANS é integrante de um Grupo de Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso a OPME em território nacional. Em julho de 2015 o grupo concluirá suas atividades, com recomendações de trabalho para as instituições participantes. A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2.
Eixo Estruturante 2	Ampliação das ações junto ao Poder Judiciário no intuito de reduzir a judicialização.	Ampliação das ações junto ao Poder Judiciário no intuito de reduzir a judicialização.	6113	JC - A Agência já vem reunindo esforços e elaborando acordos de cooperação técnica com órgãos do Poder judiciário, Ministério público, etc.
Eixo Estruturante 2	Permitir que a operadora comercialize plano de saúde coletivo por adesão com emissão de boleto individualizado aos beneficiários titulares, sem a	Permitir que a operadora comercialize plano de saúde coletivo por adesão com emissão de boleto individualizado aos beneficiários titulares, sem a participação da administradora de benefícios.	6114	PA - O tema está sendo tratado no GT de Acesso Individual

	participação da administradora de benefícios.			
Eixo Estruturante 2	Consolidação das normas.	Consolidação das normas.	6115	JC - Na Agenda Regulatória 2013/14, a ANS iniciou o projeto relativo à consolidação e compilação dos atos normativos, com um piloto interno, com base no regimento interno. Este é um projeto de médio prazo, que exige análise do estoque regulatório.

Eixo Estruturante 3	Não incidência do Ressarcimento ao SUS nos contratos de pós-pagamento em custo operacional.	Não incidência do Ressarcimento ao SUS nos contratos de pós-pagamento em custo operacional.	<p>NA - A alegação de que os contratos na modalidade custo operacional não se submeteriam ao ressarcimento ao SUS não merece prosperar. Isso porque a aplicação do art. 32, da Lei 9.656/98 é aplicável no caso de “plano privado de assistência à saúde”, o que é definido pelo art. 1º, inciso I da citada Lei: Art. 1º (...) I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; Assim, definido o que seria o plano privado de assistência à saúde, verifica-se que os contratos na modalidade custo operacional também se subsumem aos ditames do art. 32, da Lei nº 9.656/98.</p> <p>Ademais, na competência regulamentar da ANS, foi expedida Súmula Normativa nº 9, que preceitua ser devido o ressarcimento ao SUS mesmo para casos de custo operacional nos quais a formação do preço é pós-estabelecida e seu pagamento é suportado pela pessoa jurídica contratante ou pelos beneficiários a ela vinculados, em sistema de rateio; com exceção ao contrato com preço pós-estabelecido, avençado com o contratante no regime individual/familiar ou coletivo, em que haja o repasse integral e individualizado do custo ao beneficiário, por não configurar plano privado de assistência à saúde. Porém, é ônus da interessada demonstrar referido repasse integral.</p>
			6116

Macroprojeto 1.1	Permitir que, de acordo com as necessidades locais, hospitais (excluindo os hospitais públicos) que hoje atendem 100% SUS sejam credenciados para também atender convênios, especialmente nas localidades em que houver apenas um hospital.	A medida de vetar o atendimento particular ou por convênios por parte de médicos na situação em que haja um único hospital na cidade, destinado ao atendimento exclusivo do SUS, representa afronta à autonomia profissional e ao livre exercício da profissão, valores protegidos ética e constitucionalmente, além de, sobretudo, pôr em claro risco a saúde de pacientes. Impedimento de acesso, principalmente no interior, onde beneficiário fica prejudicado no atendimento.	6117	NSA - Não há vedação legal para que hospitais privados que recebem recursos do SUS também sejam credenciados a operadoras de planos privados de assistência à saúde.
Macroprojeto 1.1	Ampliar o nível de possibilidades de conversão dos ativos garantidores para investimento na criação de serviços próprios (ação imediata) e estabelecer políticas públicas para financiar recursos para a criação de serviços próprios (ação a longo prazo).	A reforma neste setor observa a convergência nos objetivos dos players, resumidos nos modelos: a) fee-for-service; b) pay for performance (P4P); c) bundled payments; e, o mais atual, d) fee-for-value. Destaca-se o modelo básico a todos os seguros e identificado na formulação geral: $E = p \times Q$ . É perverso na saúde, de difícil controle, pois o prestador ganha pela doença. Avançando pelos modelos chegamos à parceria ganha/ganha, incluindo o Bônus previsto na Lei 9656/1998.	6118	NA - DIOPE já tratou da questão de liberação de ativos para investimentos na última agenda regulatória, concluindo que não há viabilidade para tal ação diretamente. Porém, já estuda formas de incentivar investimentos cujo objetivo é o financiamento de estruturas em saúde (FIP Saúde)

Macroprojeto 2.1	Flexibilizar a possibilidade de reajuste técnico das mensalidades.	Muitas OPS não vendem mais planos familiares, em razão da forte regulação da ANS. O controle dos reajustes é o fato que mais afasta as OPS do mercado. A reduzida concorrência gera oligopólio, implicando em ineficiência de mercado. O controle dos reajustes causa insolvência das OPS, pois o equilíbrio atuarial depende de reajuste correto. Para evitar perdas futuras, preços são agravados para suportar estes riscos futuros. Esse agravamento acentua ainda mais ineficiência econômica, pela seleção adversa.	6119	A sugestão está contemplada no âmbito de discussão do GT de política de preços e acesso individual
Macroprojeto 2.1	Permitir que as operadoras também tenham a possibilidade de fazer cobrança direta das mensalidades de planos coletivos por adesão, e não somente via administradora de benefícios.	Defesa à concorrência.	6120	PA - O tema está sendo tratado no GT de Acesso Individual
Macroprojeto 2.1	Disciplinar a regra de revisão técnica para contratos individuais e familiares.	Permitir reajuste de acordo com as características de cada contrato individual ou familiar, não havendo obrigatoriedade de aplicar o índice definido pela ANS.	6121	PA - A sugestão está contemplada no âmbito de discussão do GT de política de preços e acesso individual
Macroprojeto 2.1	Permitir o reajuste por faixa etária para beneficiários com mais de 60 anos.	A Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, ao julgar o Agravo Regimental no Recurso Especial nº 1.315.668/SP e o REsp 1381606/DF, entendeu que a previsão contida na LPS, de reajuste por faixa etária, não confronta o art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, concluindo que se o reajuste para maior de 60 anos de idade está previsto contratualmente, guarda proporção com a demanda, e atende aos requisitos estabelecidos na Lei n. 9.656/1998, é absolutamente legal.	6122	NA - Trata-se de uma vedação legal pelo Estatuto do Idoso.

Macroprojeto 3.1	Considerar os depósitos judiciais para efeito de Conformidade Regulatória.	A própria ANS reconhece que os depósitos judiciais não são dívida ativa e reconhece esses depósitos como ativo garantidor.	6123	<p>NA - Os depósitos judiciais não serão considerados para o cálculo de adimplência, pois não se trata de efetivo pagamento. Os valores depositados judicialmente apenas serão convertidos em renda após decisão judicial. Considerando os fatores acima expostos, a nomenclatura do cálculo será alterada a fim de não gerar interpretações incorretas, pois o cálculo considera apenas o efetivo pagamento dos valores devidos.</p>
Eixo Estruturante 1	Liberação de ativos garantidores para construção/ampliação de serviços próprios	Permitir que a operadora amplie os serviços disponibilizados aos seus beneficiários. Melhorar a qualidade dos serviços prestados.	6124	<p>NA - DIOPE já tratou da questão de liberação de ativos para investimentos na última agenda regulatória, concluindo que não há viabilidade para tal ação diretamente. Porém, já estuda formas de incentivar investimentos cujo objetivo é o financiamento de estruturas em saúde (FIP Saúde)</p>

Eixo Estruturante 1	Incentivo efetivo para as operadoras no desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças	Buscar a melhora da qualidade de vida dos beneficiários. Redução a longo prazo da sinistralidade.	6125	<p>JC - A ANS tem buscado estimular as operadoras a repensarem a organização dos sistemas de saúde que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos e baseado na demanda espontânea, para um Modelo de Atenção Integral à Saúde.</p> <p>Com esse intuito formulou políticas de regulação indutoras, como Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Já existem alguns incentivos para as operadoras oferecerem Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Risco e Doenças.</p> <p>Estamos estudando novas formas de incentivos. As operadoras devem investir em ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças não só visando a melhora da qualidade de vida de seus beneficiários, mas também sustentabilidade do setor.</p>
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 1	Regulamentação do instituto da Junta Médica e da terceira opinião, primando pela praticidade e agilidade	Atualmente as operadoras têm certa dificuldade para agendar a realização de Junta Médica para determinadas especialidades.	6126	A sugestão está contemplada no âmbito de discussão do GT - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pelo Boletim de Serviço ANO 15 - Nº 54 RIO DE JANEIRO 30/04/2015, especialmente, o GT que trata dos mecanismos de regulação.
Eixo Estruturante 2	Criar urgentemente mecanismos efetivos de controle aos abusos relacionados com a utilização de OPMEs	Redução da sinistralidade.	6127	PA - A ANS é integrante de um Grupo de Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso a OPME em território nacional. Em julho de 2015 o grupo concluirá suas atividades, com recomendações de trabalho para as instituições participantes. A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2.
Eixo Estruturante 2	Ampliação das ações junto ao Poder Judiciário no intuito de reduzir a judicialização	Reduzir o impacto negativo causado pelas decisões judiciais sem observância do contrato firmado entre as partes.	6128	JC - A Agência já vem reunindo esforços e elaborando acordos de cooperação técnica com órgãos do Poder Judiciário, Ministério público, etc

Eixo Estruturante 2	Permitir que a operadora comercialize plano de saúde coletivo por adesão com emissão de boleto individualizado aos beneficiários titulares, sem a participação da administradora de benefícios	Retirar intermediário no negócio.	6129	PA O tema está sendo tratado no GT de Acesso Individual
Eixo Estruturante 2	Consolidação das normas	Facilitar a interpretação das normas.	6130	JC - Na Agenda Regulatória 2013/14, a ANS iniciou o projeto relativo à consolidação e compilação dos atos normativos, com um piloto interno, com base no regimento interno. Este é um projeto de médio prazo, que exige análise do estoque regulatório.

<p>Eixo Estruturante 3</p>	<p>Não incidência do Ressarcimento ao SUS nos contratos de pós-pagamento em custo operacional</p>	<p>Considerando que o custo de todo o atendimento é repassado para a pessoa jurídica contratante, a operadora não pode ser responsabilizada pelo pagamento do Ressarcimento ao SUS referente aos contratos coletivos em pós-pagamento na modalidade custo operacional.</p>	<p>6131</p>	<p>NA A alegação de que os contratos na modalidade custo operacional não se submetem ao ressarcimento ao SUS não merece prosperar. Isso porque o art. 32 da Lei 9.656/98 é aplicável no caso de “plano privado de assistência à saúde”, cuja definição encontra-se no artigo 1º, inciso I da citada Lei. Tal artigo estabelece que Plano Privado de Assistência à Saúde é definido como “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”. Assim, definido o que seria o plano privado de assistência à saúde, verifica-se que os contratos na modalidade custo operacional também se submetem aos ditames do art. 32, da Lei nº 9.656/98. Ademais, na competência regulamentar da ANS foi expedida a Súmula Normativa nº 9, que preceitua ser devido o ressarcimento ao SUS mesmo para casos de custo operacional, nos quais a formação do preço é pós-estabelecida e seu pagamento é suportado pela pessoa jurídica contratante ou pelos beneficiários a ela vinculados, em sistema de rateio, a exceção do contrato com preço pós-estabelecido, avençado com o contratante no regime individual/familiar ou coletivo, em que haja o repasse integral e individualizado do custo ao beneficiário, por não configurar plano privado de assistência à saúde. Porém, é ônus da interessada demonstrar referido repasse integral.</p>
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Macroprojeto 1.1	ESTIMULAR AS ATIVIDADES CENTRADAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS COM PARTICIPAÇÃO ECONÔMICA DOS PRESTADORES ENVOLVIDOS	AS ATIVIDADES DOS PRESTADORES NOS MECANISMOS DE PROMOÇÃO A SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS (PROMO/PREV) NÃO SÃO DEVIDAMENTE RECONHECIDOS OU REMUNERADOS IMPORTANTE TER-SE MECANISMOS PRÉ DEFINIDOS EM QUE ESTA PARTICIPAÇÃO SEJA ADEQUADAMENTE REMUNERADA E ESTIMULADA	6132	FE Refere-se a remuneração de Prestadores
Macroprojeto 1.1	CRIAÇÃO DE PRODUTOS ESPECÍFICOS PARA GRUPOS DE BENEFICIÁRIOS (IDOSOS, HIPERTENSOS, DIABÉTICOS, GESTANTES, ...)	A NÃO EXISTÊNCIA DE PRODUTOS ESPECÍFICOS DAS OPERADORAS PARA GRUPOS DE RISCOS, LEVA A NÃO ADEÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, BEM COMO AS OPERADORAS NÃO OS IMPLEMENTAM POR QUESTÕES DE CUSTOS	6133	NA - A seleção de risco é uma prática vedada e fere o princípio do mutualismo que torna o funcionamento do plano de saúde sustentável.
Macroprojeto 1.1	MAIOR RESPONSABILIZAÇÃO DO CORRETOR/ADMINISTRADORA NA PARTICIPAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS (PROMO/PREV)	ENQUANTO PARTÍCIPES DA GESTÃO, OS CORRETORES DE PLANOS DE SAÚDE E ADMINISTRADORAS DE SAÚDE DEVEM SER OBRIGADAS A PARTICIPAR DOS PROCESSOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS, ATUANDO COMO EFETIVOS ATORES NA MELHORIA DE QUALIDADE DA PRESTAÇÃO E REDUÇÃO DOS CUSTOS	6134	FE - As operadoras não são obrigadas a desenvolver programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Desde 2004 a ANS tem adotado uma política de indução para que as operadoras desenvolvam esses programas para os seus beneficiários.

Macroprojeto 1.2	CRIAÇÃO DE INDICADORES ASSISTENCIAIS VOLTADOS A PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO A SAÚDE	NECESSÁRIO AVALIAÇÃO CRÍTICA DE INDICADORES QUE POSSAM MENSURAR RESULTADOS ASSISTENCIAIS RELACIONANDO-OS A MELHORIA DE QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E EVENTUALMENTE REDUÇÃO DE CUSTOS	6135	JC - Estamos revendo os indicadores assistenciais utilizados pela ANS. Esses indicadores são extraídos das informações encaminhadas pelas operadoras à ANS por meio dos Sistemas existentes.
Macroprojeto 1.2	DEFINIÇÃO DE INDICADORES DE DISPONIBILIDADE DE PRESTADORES POR USUÁRIO	HÁ REPRESAMENTO DE ATENDIMENTOS ASSISTENCIAIS POR NÃO HAVER UMA ADEQUADA AVALIAÇÃO DE NÚMERO DE PRESTADORES POR USUÁRIO DE CADA OPERADORA A PROPOSTA PERMITIRÁ ALEM DO ACOMPANHAMENTO, A MENSURAÇÃO DA EFETIVA DISPONIBILIDADE DE REDE ASSISTENCIAL AOS USUÁRIOS	6136	A sugestão foi parcialmente incorporada quando da divulgação dos Dados Integrados da Qualidade Setorial, relacionando operadoras com suas respectivas redes de prestadores e beneficiários. O projeto que leva em conta o georreferenciamento de rede está em desenvolvimento no âmbito da DIPRO.
Eixo Estruturante 2	DEFINIÇÃO GOVERNAMENTAL DE TABELAS DE COMERCIALIZAÇÃO DE INSUMOS DE SAÚDE (PRINCIPALMENTE OPMEs)	HÁ GRAVES DISTORÇÕES NOS VALORES ATUAIS DE COMERCIALIZAÇÃO DE OPMEs CONSIDERANDO-SE VALORES INTERNACIONALMENTE PRATICADOS. A NECESSIDADE DE BALIZADORES DE CUSTOS, O QUE PERMITIRÁ MAIOR TRANSPARÊNCIA AO SETOR SAÚDE, POIS AS DISTORÇÕES IMPACTAM QUER A MEDICINA PÚBLICA, QUANTO A PRIVADA	6137	NA - Fora do alcance da regulação da ANS - A ANS não regula preços, nem valores.

Eixo Estruturante 2	AMPLIAR DISCUSSÃO COM REPRESENTANTES DOS SETORES SOBRE ESTUDOS DE FARMACO ECONOMIA E ECONOMIA DA SAÚDE, PRIVILEGIANDO PROCEDIMENTOS QUE TENHAM UM CUSTO EFETIVIDADE E CUSTO RESOLUTIVIDADE	NECESSÁRIO TRAZER A DISCUSSÃO DOS CRITÉRIOS DE FARMACOECONOMIA E DA ECONOMIA DA SAÚDE PARA DENTRO DAS PRÁTICAS DA SAÚDE ESTES CRITÉRIOS SÃO ALICERÇADOS EM FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICA, E POSSUEM O PESO DA ARGUMENTAÇÃO ISENTA DE VARIÁVEIS INDIVIDUAIS	6138	Revisão pela área técnica
Eixo Estruturante 2	REDUÇÃO DAS EXIGÊNCIAS GARANTIDORAS PELA ANS, COM CRIAÇÃO DE MECANISMOS DE MAIOR RESPONSABILIZAÇÃO ECONÔMICA DOS GESTORES DAS OPERADORAS	A POLÍTICA DE CONSTITUIÇÃO DE FUNDOS GARANTIDORES PARA ENFRENTAR SITUAÇÕES DE INSOLVÊNCIA DE OPERADORES, TEM TRANSFERIDO INDIRETAMENTE OS CUSTOS AOS BENEFICIÁRIOS FINAIS NECESSÁRIO CRIAR MECANISMOS ATRAVÉS DOS QUAIS, O ÔNUS DA CONSTITUIÇÃO DOS VALORES GARANTIDORES RECAIAM EXCLUSIVAMENTE SOBRE OS GESTORES.	6139	<p>JC - Pode ser discutido. Porém há de se ressaltar que os administradores de operadoras podem ser alcançados por indisponibilidade de bens em regimes especiais, bem como outras consequências em caso de má gestão. Já há discussões internas para incentivo às boas práticas de governança corporativa.</p>

Eixo Estruturante 2	ESTIMULO E VALORIZAÇÃO DA PROFISSIONALIZAÇÃO DOS GESTORES	PARA FAZER FRENTE AS NECESSIDADES E REALIDADES MERCADOLÓGICAS, É NECESSÁRIO ESTABELECEM POLÍTICAS QUE EXIJAM A ADEQUADA CAPACITAÇÃO DOS GESTORES DAS OPERADORAS. COMO EXEMPLO, DEFINIR QUE AS OPERADORAS MANTENHAM UM NÚMERO MÍNIMO DE PERCENTUAL DE SEUS GESTORES COM CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA ECONÔMICA OU DE GESTÃO EM SAÚDE	6140	JC - Já há discussões internas para incentivo às boas práticas de governança corporativa.
Eixo Estruturante 2	PREMIAÇÃO COM REDUÇÃO DE EXIGÊNCIAS GARANTIDAS AS OPERADORAS DE MELHOR RESULTADO OU MENORES ÍNDICES DE RECLAMAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	CRIAÇÃO DE INDICADORES QUE PERMITAM QUE OPERADORAS QUE POSSUAM MELHORES ÍNDICES DE RECLAMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS SEJAM BONIFICADAS COM A REDUÇÃO DE EXIGÊNCIAS GARANTIDAS	6141	NA - Não há evidências que relacionem o número de reclamações à maior solvência da operadora. Falta fundamentação que justifique tais "premiações" relacionadas às exigências de ativos garantidores ou de margem de solvência.

<p>Eixo Estruturante 3</p>	<p>DEFINIÇÃO CLARA DOS PAPÉIS DEVIDOS AO SETOR PÚBLICO E SETOR PRIVADO DIANTE DE CIDADÃOS QUE POSSUEM PLANOS DE SAÚDE</p>	<p>ATUALMENTE OS CIDADÃOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE NÃO POSSUEM CLAREZA DO PAPEL DO SETOR PÚBLICO DIANTE DAS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE QUAIS SÃO OS DIREITOS DESTES CIDADÃOS A PARTIR DA PREMISSA CONSTITUCIONAL DE SAÚDE COMO "DIREITO DO CIDADÃO E OBRIGAÇÃO DO ESTADO", DIANTE DO EVENTUAL RESSARCIMENTO AO SUS QUANDO PELAS OPERADORAS QUANDO DA SUA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SEUS BENEFICIÁRIOS?</p>	<p>6142</p>	<p>NA - É necessário observar que o ressarcimento ao SUS não prejudica, limita ou afeta o acesso universal e igualitário aos serviços correlatos à saúde, garantido nos termos do disposto no artigo 196 da CRFB/88. Se por um lado a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) estabelece, em seu Art. 7º, inciso I, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência como princípio do SUS, por outro cabe às operadoras garantirem a cobertura de todos os procedimentos elencados no rol de procedimentos obrigatórios, bem como os previstos contratualmente. Está claro que, no Brasil, o setor de planos privados de saúde atua não só de forma complementar ao sistema público, mas também em duplicidade. De fato, o instituto em exame visa tão somente evitar o enriquecimento sem causa das Operadoras, que assumem, mediante remuneração, o risco decorrente da cobertura da assistência à saúde de seus consumidores, sem implicar, contudo, qualquer ônus para o usuário do SUS.</p>
<p>Eixo Estruturante 3</p>	<p>BUSCA DE INTEGRAÇÃO E TRANSPARÊNCIA DE PROCESSOS QUE PRIVILEGIEM A REDUÇÃO DE CUSTOS, TAIS COMO CONTROLES DE MARGENS DE COMERCIALIZAÇÃO, LEI 8.666, LINHAS PRODUTIVAS DE INSUMOS</p>	<p>ALÉM DA NECESSÁRIA INTEGRAÇÃO DE PROCESSOS QUE VISEM A REDUÇÃO DE CUSTOS FINAIS DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE, É FUNDAMENTAL A TRANSPARÊNCIA DOS DADOS, ONDE AS INFORMAÇÕES RECEBIDAS PELA ANS SEJAM DISPONIBILIZADAS DE FORMA ESTRUTURADA. TAMBÉM É VITAL QUE ESTAS INFORMAÇÕES PASSEM PELO CRIVO DE AUDITORIAS INDEPENDENTES</p>	<p>6143</p>	<p>JC - DIOPE já exige auditoria nas demonstrações financeiras e já promove divulgação total das informações financeiras das operadoras. As discussões no âmbito do GT PREÇOS poderão fornecer insumos às questões tratadas.</p>

Eixo Estruturante 3	ESTABELECIMENTO DE FLUXOS ADEQUADOS ENTRE PRESTADORES PÚBLICOS E PRIVADOS QUANDO DO ATENDIMENTO DE CIDADÃOS QUE POSSUAM PLANOS DE SAÚDE	SEM PERMITIR A "PORTA DUPLA", É NECESSÁRIO HAVER INTEGRAÇÃO ENTRE S SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS NO ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE.	6144	<p>No que concerne à interação entre os prestadores que recebem recursos do SUS e as operadoras, cabe destacar que não há vedação legal para ao contato direto entre ambos para o encaminhamento de pacientes. Ao contrário, os estabelecimentos de saúde podem, quando identificarem que o paciente possui plano de saúde, entrar em contato com a operadora para que seja realizada a remoção para hospital credenciado. Importante destacar que a remodelação do processo de ressarcimento ao SUS, a fim de tornar obrigatório esse contato, ultrapassa o escopo de atuação da ANS, na medida em que demandaria, inclusive, alteração legislativa. O modelo de ressarcimento ao SUS tem fundamento no art.32 da Lei nº9656, de 1998, e qualquer mudança depende de alteração legislativa.</p>
Eixo Estruturante 3	AGILIZAR E DEFINIR DE FORMA CLARA A DESTINAÇÃO DOS RECURSOS ORIUNDOS DO RESSARCIMENTO AO SUS	SEM PERMITIR O ESTABELECIMENTO DA "PORTA DUPLA", É NECESSÁRIO AGILIZAR O RETORNO AOS PRESTADORES DOS RECURSOS ORIUNDOS DO RESSARCIMENTO AO SUS A UTILIZAÇÃO DESTES RECURSOS PELOS PRESTADORES DEVEM ESTAR VINCULADOS AOS INVESTIMENTOS E CAPACITAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE, NÃO PODENDO SER UTILIZADOS COMO "CUSTEIO"	6145	<p>Em relação à destinação de recursos oriundos do ressarcimento ao SUS, cabe destacar que, atualmente, os valores ressarcidos são repassados ao Fundo Nacional de Saúde por força da previsão legal contida no art.32, parágrafo primeiro, da Lei nº9656/98. Portanto, por se tratar de previsão legal, a alteração do modelo de repasse extrapola a esfera de competência da ANS.</p>

Eixo Estruturante 3	DEFINIÇÃO CLARA PELO MINISTÉRIO DE SAÚDE DE INDICADORES ASSISTENCIAIS MÍNIMOS (NÚMERO DE PROFISSIONAIS, RECURSOS HOSPITALARES, PROPEDEÚTICOS E TERAPÊUTICOS) A PARTIR DAS NECESSIDADES DE POPULAÇÃO ASSISTIDA, INDEPENDENTE QUE SEJA NA SAÚDE PÚBLICA OU PRIVADA	OS INDICADORES ASSISTENCIAIS QUE DEFINAM AS NECESSIDADES DE UMA DETERMINADA POPULAÇÃO ASSISTIDA DEVEM SER OS MESMOS, QUER A SAÚDE PÚBLICA COMO PRIVADA, EVITANDO A DICOTOMIA ATUAL E A CRIAÇÃO DE CIDADÃOS DE "PRIMEIRA" OU "SEGUNDA" CLASSE	6146	No âmbito do Ministério da Saúde, a iniciativa QUALISUS ( <a href="http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/397-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/qualisus-rede/l1-qualisus-rede/13274-conheca-o-qualisus-rede">http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/397-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/qualisus-rede/l1-qualisus-rede/13274-conheca-o-qualisus-rede</a> ) trata da questão.
Eixo Estruturante 3	ESTABELECIMENTO DE PROCESSO ÚNICO DE DIRETRIZES E PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS QUE ORIENTEM A ASSISTÊNCIA QUER DE PACIENTES ATENDIDOS PELO SETOR PÚBLICO COMO NO SETOR PRIVADO	AS ENTIDADES CIENTÍFICAS DEVEM ESTABELECER PROTOCOLOS E DIRETRIZES ASSISTENCIAIS QUE DEVEM SER INCORPORADOS COMO CONDIÇÃO MÍNIMA DE ATENDIMENTO POR TODOS OS PRESTADORES, PÚBLICOS OU PRIVADOS	6147	Revisão pela área técnica
Eixo Estruturante 2	NECESSÁRIO CRIAR MECANISMOS MAIS EFETIVOS DE CONTROLE DAS DISTORÇÕES RELACIONADAS A OPMEs	ESTABELECER ATRAVÉS DE PARCERIA DA ANS COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, MECANISMOS QUE POSSAM COIBIR AS DISTORÇÕES NA INDICAÇÃO E UTILIZAÇÃO DAS OPMEs.	6148	PA - A ANS é integrante de um Grupo de Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação

Eixo Estruturante 1	AMPLIAR AÇÕES JUNTO AO JUDICIÁRIO NO SENTIDO DE REDUZIR A JUDICIALIZAÇÃO	ESTABELECEER ATRAVÉS DE PARCERIA DA ANS COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, METODOLOGIA DE SUPORTE AO JUDICIÁRIO PARA EMISSÃO DE PARECERES QUER SAÚDE PÚBLICA COMO PRIVADA	6149	NA - A Agência já vem reunindo esforços e elaborando acordos de cooperação técnica com órgãos do Poder judiciário, Ministério público, etc. Todavia, não possui ingerência quanto às decisões jurisdicionais.
Eixo Estruturante 1	- liberação de ativos garantidores para construção/ampliação de serviços próprios;	- liberação de ativos garantidores para construção/ampliação de serviços próprios;	6151	NA - A DIOPE já tratou da questão de liberação de ativos para investimentos na última agenda regulatória, concluindo que não há viabilidade para tal ação diretamente. Porém, já estuda formas de incentivar investimentos cujo objetivo é o financiamento de estruturas em saúde (FIP Saúde).
Eixo Estruturante 1	- incentivo efetivo para as operadoras no desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;	- incentivo efetivo para as operadoras no desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;	6152	JC - Já existem alguns incentivos para as operadoras oferecerem Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Risco e Doenças. Atualmente, há a possibilidade de redução da exigência de margem de Solvência em função de gastos com PROMOPREV, conforme INC DIPRO DIOPE nº 7, de 2012. Estamos estudando novas formas de incentivos.
Eixo Estruturante 1	- regulamentação do instituto da Junta Médica e da terceira opinião, primando pela praticidade e agilidade.	- regulamentação do instituto da Junta Médica e da terceira opinião, primando pela praticidade e agilidade.	6153	JC - O tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pelo Boletim de Serviço ANO 15 - Nº 54, especialmente o GT relativo a mecanismos de regulação.

Eixo Estruturante 2	- criar urgentemente mecanismos efetivos de controle aos abusos relacionados com a utilização de OPMEs;	- criar urgentemente mecanismos efetivos de controle aos abusos relacionados com a utilização de OPMEs;	6154	PA - A ANS é integrante de um Grupo de Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação
Eixo Estruturante 2	- ampliação das ações junto ao Poder Judiciário no intuito de reduzir a judicialização;	- ampliação das ações junto ao Poder Judiciário no intuito de reduzir a judicialização;	6155	A Agência já vem reunindo esforços e elaborando acordos de cooperação técnica com órgãos do Poder judiciário e Ministério público.
Eixo Estruturante 2	- permitir que a operadora comercialize plano de saúde coletivo por adesão com emissão de boleto individualizado aos beneficiários titulares, sem a participação da administradora de benefícios;	- permitir que a operadora comercialize plano de saúde coletivo por adesão com emissão de boleto individualizado aos beneficiários titulares, sem a participação da administradora de benefícios;	6156	JC - GEMOP: O tema está sendo tratado no GT de Acesso Individual instituído pelo Boletim de Serviço ANO 15 - Nº 54, de 30/04/2015.
Eixo Estruturante 2	- consolidação das normas.	- consolidação das normas.	6157	Na Agenda Regulatória 2013/14, a ANS iniciou o projeto relativo à consolidação e compilação dos atos normativos, com um piloto interno, com base no regimento interno. Este é um projeto de médio prazo, que exige análise do estoque regulatório.

<p>Eixo Estruturante 3</p>	<p>- não incidência do Ressarcimento ao SUS nos contratos de pós-pagamento em custo operacional.</p>	<p>- não incidência do Ressarcimento ao SUS nos contratos de pós-pagamento em custo operacional.</p>	<p>6158</p>	<p>NA - A alegação de que os contratos na modalidade custo operacional não se submetem ao ressarcimento ao SUS não merece prosperar. Isso porque o art. 32 da Lei 9.656/98 é aplicável no caso de “plano privado de assistência à saúde”, cuja definição encontra-se no artigo 1º, inciso I da citada Lei. Tal artigo estabelece que Plano Privado de Assistência à Saúde é definido como “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”. Assim, definido o que seria o plano privado de assistência à saúde, verifica-se que os contratos na modalidade custo operacional também se submetem aos ditames do art. 32, da Lei nº 9.656/98. Ademais, na competência regulamentar da ANS foi expedida a Súmula Normativa nº 9, que preceitua ser devido o ressarcimento ao SUS mesmo para casos de custo operacional, nos quais a formação do preço é pós-estabelecida e seu pagamento é suportado pela pessoa jurídica contratante ou pelos beneficiários a ela vinculados, em sistema de rateio, a exceção do contrato com preço pós-estabelecido, avençado com o contratante no regime individual/familiar ou coletivo, em que haja o repasse integral e individualizado do custo ao beneficiário, por não configurar plano privado de assistência à saúde. Porém, é ônus da interessada demonstrar referido repasse integral.</p>
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Macroprojeto 1.1	<p>Revisar o modelo de remuneração dos prestadores de serviços - adotando modelos que privilegiem o desfecho clínico ou que ao menos alinhem incentivos ao prestador para realizar o melhor para o beneficiário com economia de recursos, a exemplo do Diagnosis-Related Group (DRG).</p>	<p>É fato conhecido no setor que a sistemática de remuneração fee-for-service estimula a sobre utilização dos recursos sem contrapartida na qualidade na prestação dos serviços. A FenaSaúde defende a revisão das formas de remuneração dos prestadores, caminhando para modelos que privilegiem o desfecho clínico ou que pelo menos alinhem incentivos ao prestador, para realizar o melhor para o beneficiário com economia de recursos, a exemplo do agrupamento de procedimentos (DRG).</p>	6159	<p>A agenda regulatória está organizada em eixos centrais para o desenvolvimento do setor e macroprojetos. A sugestão apresenta ações específicas sobre modelos de remuneração que podem ser contempladas nos macroprojetos 1.1 e 2.2. Considerando os aspectos pontuados, sugerimos nova redação para o macroprojeto 2.2: Estímulo à eficiência, à concorrência e à transparência no setor suplementar, bem como a escolha empoderada dos consumidores.</p>
Eixo Estruturante 2	<p>Uma das causas apontadas para este problema é o não atingimento do ponto de equilíbrio escala do negócio que é um fator crítico de sucesso para as Operadoras de Planos de Saúde. Diante do nível de regulação e das exigências existentes por parte da ANS, o atingimento do ponto de equilíbrio tende a ser exigir cada vez mais um grande número de beneficiários, o que leva à tendência de concentração de mercado e diminui a concorrência e a oferta de opções de mercado.</p>	<p>O processo atual de comercialização dos planos, tanto para Pessoas Físicas como para Pessoas Jurídicas, exige muito papel e assinaturas em documentos impressos (por exemplo: documentos de inclusão/exclusão de beneficiários e /ou alteração de dados cadastrais, que poderiam transitar digitalmente, precisam ser impressos, assinados fisicamente, enviados por correio, quando poderia haver um processo simples de troca de informação por portais e/ou e-mail com as devidas medidas de segurança.</p>	6160	<p>PA - Entende-se que, no médio prazo, tal objetivo será atingido uma vez que a redução do dispêndio por parte das operadoras no que tange aos gastos mencionados nas movimentações de beneficiários já está em curso. Isto se dará em razão da flexibilização de muitas das regras do sistema de informação de beneficiários - SIB/ANS, entre outras iniciativas. Importante destacar que o objetivo é simplificar e integrar os dados com outros bancos nacionais, a exemplo do Cartão Nacional de Saúde – CNS e o Cadastro Pessoas Físicas – CPF que permitam a extração e validação de dados para que ocorra o envio do menor de informações pelas operadoras. Estas e outras iniciativas contribuem para a redução de custos administrativos e pavimentam o caminho para que no futuro seja possível a implantação do registro eletrônico em saúde – RES que, certamente, será um fator de redução de custos importante e de grande impacto na qualidade assistencial.</p>

Eixo Estruturante 2	Descontos Financeiros para Beneficiários que adotam hábitos saudáveis de vida. Abertura de consulta pública específica para a criação de Resolução Normativa que permita às Operadoras o desenvolvimento de planos específicos de estímulo financeiro (por meio de descontos nas mensalidades), para beneficiários que comprovem à adoção de hábitos saudáveis aos cuidados de sua saúde, o que repercute na queda de sinistralidade, independente na participação em programas de promoção e medicina preventiva.	Diante do nível de regulação e das exigências existentes por parte da ANS, o atingimento do ponto de equilíbrio tende a ser exigir cada vez mais um grande número de beneficiários, o que leva à tendência de concentração do mercado (que já estamos presenciando) e diminui a concorrência e a oferta de opções ao mercado.	6161	NA - Não é permitido associar benefícios financeiros e prêmios a resultados em saúde.
Eixo Estruturante 2	Uma discussão importante a ser retomada, para que as Operadoras voltem a ver esse tipo de comercialização de forma viável, é a volta do reajuste técnico por sinistralidade de produtos de PF. A revisão técnica é um instrumento necessário para o reequilíbrio financeiros dos produtos de PF e sua sustentabilidade a longo prazo, principalmente devido à ampliação compulsória da cobertura mínima, incluindo procedimentos que não foram computados na época da elaboração da nota técnica atuarial do registro.	O problema central deste eixo é o grande número de Operadoras com dificuldades financeiras, principalmente decorrentes de alta sinistralidade. Uma das causas apontadas para este problema é o não atingimento do ponto de equilíbrio %u2013 escala do negócio %u2013 que é um fator crítico de sucesso para as Operadoras de Planos de Saúde.	6162	JC - O tema está sendo tratado no GT de Política de Preço e de Acesso Individual.

Eixo Estruturante 1	1.1) remodelagem de prestação de serviços na saúde suplementar, com foco na qualidade; 1.2) aprimoramento do monitoramento de acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade.	- liberação de ativos garantidores para construção/ampliação de serviços próprios; - incentivo efetivo para as operadoras no desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; - regulamentação do instituto da Junta Médica e da terceira opinião, primando pela praticidade e agilidade.	6163	<p>JC - Questão sobre remodelagem de prestação de serviços e junta médica deve ser direcionada à DIDES e DIPRO. Quanto às competências diretas da DIOPE: (i) DIOPE já tratou da questão de liberação de ativos para investimentos na última agenda regulatória, concluindo que não há viabilidade para tal ação diretamente. Porém, já estuda formas de incentivar investimentos cujo objetivo é o financiamento de estruturas em saúde (FIP Saúde). (ii) Já há possibilidade de redução da exigência de margem de Solvência em função de gastos com PROMOPREV, conforme INC DIPRO DIOPE nº 7, de 2012.</p>
Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	Não basta ampliar coberturas. É óbvio que o serviço contratado deve ser entregue e que as OPS devem compor redes de prestadores. É essencial uma suficiência de rede para entregar o produto contratado. Contudo, mesmo tendo uma rede analisada como suficiente para sua demanda, em certas situações não será viável garantir atendimento em prazos curtos, como em locais com poucos serviços/profissionais disponíveis e que atendem a várias OPS e, em alguns casos, aos usuários do sistema público. (Continua)	6164	<p>NA - Necessidade de maior maturação da discussão.</p>

Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	(Cont.ComentárioI) Se reitera, assim, o pleito de que os prazos de atendimentos (RN 259/2011) sejam diferenciados por região. Não para reforçar iniquidades em função do local de residência do beneficiário, mas porque a diversidade e desigualdade na distribuição da rede assistencial no país são parte da realidade. (Continua)	6165	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.
Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	(Cont.ComentárioII) Existem localidades em que as OPS encontram sérios desafios ou impossibilidades de contratar serviços de saúde. Embora entidades de profissionais aleguem remuneração insuficiente, a principal razão é o exercício tácito da unimilitância, que classificamos como o mais típico e grave exemplo da impossibilidade de contratação dos serviços de saúde privados em diversas regiões do país. (Continua)	6166	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.
Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	(Cont.ComentárioIII) O abastecimento deste mercado não é feito pela aquisição de produtos que são expostos numa prateleira e colocados à disposição da população, sob o olhar atento dos reguladores e fiscalizadores. O que se coloca à disposição do beneficiário, seja ele público ou privado, são redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, organizadas em níveis crescentes de complexidade. Estas redes, infelizmente, não estão disponíveis em todos os municípios do país. (Continua)	6167	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.

Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	(Cont.ComentárioIV) No sistema público de saúde, a implantação de Redes Regionalizadas de atendimento visa permitir melhor organização da assistência, articular serviços, definir fluxos e referências hierarquizadas e resolutivas, e é elemento essencial para se promover a universalidade de acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade da atenção prestada. (Continua)	6168	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.
Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	(Cont.ComentárioV) Embora a organização da saúde privada siga a lógica de hierarquização do sistema público, os prestadores de serviços privados estão majoritariamente nos grandes centros onde há demanda suficiente para garantir o retorno financeiro dos investimentos. Assim, existe indisponibilidade de prestadores para certos procedimentos e serviços em diversas regiões.	6169	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.

<p>Eixo Estruturante 2</p>	<p>- criar urgentemente mecanismos efetivos de controle aos abusos relacionados com a utilização de OPMEs; - ampliação das ações junto ao Poder Judiciário no intuito de reduzir a judicialização; - permitir que a operadora comercialize plano de saúde coletivo por adesão com emissão de boleto individualizado aos beneficiários titulares, sem a participação da administradora de benefícios; - consolidação das normas.</p>	<p>2.1) aprimoramento das regras para comercialização dos planos individuais e coletivos; 2.2) estímulo à concorrência e transparência, e da escolha empoderada dos consumidores.</p>	<p>6170</p>	<p>PA - A ANS é integrante de um Grupo de Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso a OPME em território nacional. Em julho de 2015 o grupo concluirá suas atividades, com recomendações de trabalho para as instituições participantes. A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2.</p>
<p>Eixo Estruturante 1</p>	<p>- liberação de ativos garantidores para construção/ampliação de serviços próprios; - incentivo efetivo para as operadoras no desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; - regulamentação do instituto da Junta Médica e da terceira opinião, primando pela praticidade e agilidade.</p>	<p>1.1) remodelagem de prestação de serviços na saúde suplementar, com foco na qualidade; 1.2) aprimoramento do monitoramento de acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade.</p>	<p>6171</p>	<p>JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pelo Boletim de Serviço ANO 15 - Nº 54</p>

<p>Eixo Estruturante 3</p>	<p>- não incidência do Ressarcimento ao SUS nos contratos de pós-pagamento em custo operacional. Por fim, lembramos que as críticas e/ou sugestões deverão ser encaminhadas à ANS até o dia 4/6/2015.</p>	<p>3.1) aprimoramento das interfaces de regulação de serviço; 3.2) análise regionalizada da prestação dos serviços; 3.3) desenvolvimento do registro individualizado de acesso: acesso a portabilidade de informações.</p>	<p>6172</p>	<p>NA - Necessidade de maior maturação da discussão.</p>
------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	----------------------------------------------------------

Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	Não basta ampliar coberturas. É óbvio que o serviço contratado deve ser entregue e que as OPS devem compor redes de prestadores. É essencial uma suficiência de rede para entregar o produto contratado. Contudo, mesmo tendo uma rede analisada como suficiente para sua demanda, em certas situações não será viável garantir atendimento em prazos curtos, como em locais com poucos serviços/profissionais disponíveis e que atendem a várias OPS e, em alguns casos, aos usuários do sistema público. (Continua)	6173	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.
Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	(Cont.Justific.I) Se reitera, assim, o pleito de que os prazos de atendimentos (RN 259/2011) sejam diferenciados por região. Não para reforçar iniquidades em função do local de residência do beneficiário, mas porque a diversidade e desigualdade na distribuição da rede assistencial no país são parte da realidade. (Continua)	6174	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.
Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	(Cont.Justific.II) Existem localidades em que as OPS encontram sérios desafios ou impossibilidades de contratar serviços de saúde. Embora entidades de profissionais aleguem remuneração insuficiente, a principal razão é o exercício tácito da unimilitância, que classificamos como o mais típico e grave exemplo da impossibilidade de contratação dos serviços de saúde privados em diversas regiões do país. (Continua)	6175	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.

Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	(Cont.Justific.III) O abastecimento deste mercado não é feito pela aquisição de produtos que são expostos numa prateleira e colocados à disposição da população, sob o olhar atento dos reguladores e fiscalizadores. O que se coloca à disposição do beneficiário, seja ele público ou privado, são redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, organizadas em níveis crescentes de complexidade. Estas redes, infelizmente, não estão disponíveis em todos os municípios do país. (Continua)	6176	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.
Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	(Cont.Justific.IV) No sistema público de saúde, a implantação de Redes Regionalizadas de atendimento visa permitir melhor organização da assistência, articular serviços, definir fluxos e referências hierarquizadas e resolutivas, e é elemento essencial para se promover a universalidade de acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade da atenção prestada. (Continua)	6177	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.
Macroprojeto 1.2	Revisar os prazos máximos de atendimento (RN 259) com base em especificidades regionais ou exemplos internacionais.	(Cont.Justific.V) Embora a organização da saúde privada siga a lógica de hierarquização do sistema público, os prestadores de serviços privados estão majoritariamente nos grandes centros onde há demanda suficiente para garantir o retorno financeiro dos investimentos. Assim, existe indisponibilidade de prestadores para certos procedimentos e serviços em diversas regiões.	6178	NA - Necessidade de maior maturação da discussão.

Macroprojeto 1.2	Revisar a metodologia do monitoramento das garantias de atendimento	As OPS têm enfrentado implicações graves em suas operações em razão da metodologia usada pela ANS para avaliar as garantias de atendimento previstas na RN 259/11. A Federação entende ser primordial que as empresas se esforcem para prover assistência de qualidade em prazo justo, mas se denota que, desde a adoção da avaliação segundo a IN 42/13, a metodologia usada para aferir a eficiência na prestação da assistência à saúde não condiz com a realidade do atendimento prestado pelas OPS. (Continua)	6179	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS (Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento).
Macroprojeto 1.2	Revisar a metodologia do monitoramento das garantias de atendimento	(Cont.Justific.I) Acredita-se que a metodologia de avaliação instituída para medição da garantia de atendimento não se mostra proporcional ao eventual dano que se possa ter causado aos beneficiários autores destas reclamações, até porque muitas destas são consideradas inconclusivas e são incluídas no cômputo da avaliação. (Continua)	6180	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS (Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento).
Macroprojeto 1.2	Revisar a metodologia do monitoramento das garantias de atendimento	(Cont.Justific.II) Entende-se que a adoção de mediana única poderia representar efetivo ganho em eficiência na avaliação, em razão da volatilidade dos indicadores das pequenas e médias OPS (até 100 mil beneficiários) e poderia evitar que um reduzido número de reclamações pudesse ensejar a suspensão desta categoria de empresas. (Continua)	6181	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS (Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento).

Macroprojeto 1.2	Revisar a metodologia do monitoramento das garantias de atendimento	(Cont.Justific.III) A discussão prévia de metodologia, a possibilidade de comparabilidade na série histórica das suspensões, a consideração das especificidades dos mercados e carteiras e a consistência de indicadores são pontos cruciais que precisam ser considerados para que se promova um monitoramento eficiente. Só assim a avaliação será efetivamente um medidor de qualidade e garantia de acesso aos beneficiários. (Continua)	6182	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS (Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento).
Macroprojeto 1.2	Revisar a metodologia do monitoramento das garantias de atendimento	(Cont.Justific.IV) Estas propostas representarão evolução ao critério atual, que se mostra desigual porque suspende planos de OPS com desempenho superior e mantém a comercialização de outros com desempenho inferior pertencente às OPS de portes distintos.	6183	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS (Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento).
Macroprojeto 1.2	Revisar as sanções previstas nos normativos referentes à avaliação e garantia de atendimento com base no princípio da razoabilidade	A revisão da metodologia usada para medição da adequada garantia de atendimento tem como implicação a atualização e revisão dos critérios de penalização das OPS previstos nas normas. No entanto, a regra vigente não prevê uma gradação de penalidades de acordo com a gravidade de infração ou com o porte da OPS.O instrumento regulatório deveria fornecer segurança e previsibilidade e, de forma gradativa, promover a punição das OPS que não atingirem as metas previamente definidas. (Continua)	6184	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS (Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento).

Macroprojeto 1.2	Revisar as sanções previstas nos normativos referentes à avaliação e garantia de atendimento com base no princípio da razoabilidade.	(Cont.Justific.) Sugere-se instituir a advertência, seguida pela suspensão no município e, no próximo período, no estado, como forma de graduar a pena e permitir que a OPS possa se recompor antes do próximo ciclo de avaliação. Caso esta não promova melhorias, será punida com mais rigor. A ANS (DIOPE) adota a gradação na regulação econômico-financeira do mercado. A direção fiscal é a intervenção econômica de última instância, quando tentativas antes conhecidas falham (Plano de Recuperação).	6185	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos instituídos pela ANS (Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento).
Eixo Estruturante 1	Macroprojeto 1.3 %u2013 Permitir novos modelos de produtos Apoiar o VGBL-Saúde - Como forma de viabilizar a permanência dos idosos (pós-emprego) no plano de saúde, após a aposentadoria.	O envelhecimento populacional tem como consequência o aumento considerável na incidência de doenças crônicas, principalmente porque os idosos são propensos a terem múltiplas destas. Com isso, o gasto per capita da sociedade brasileira deverá aumentar, afetando todo o sistema de saúde. (Continua)	6186	PA - A assistência ao idoso é um tema bastante pertinente e já foi eixo direcional da primeira Agenda Regulatória, sendo propostos projetos como elaboração de estudos de experiência internacionais de sucesso, criação de indicadores, estímulo às operadoras a criarem incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento de sua saúde, bem como criação de incentivos para comercialização de planos para a terceira idade. Quanto ao VGBL, a ANS continua estudando o formato e encaminhou proposta à SUSEP, aguardando posicionamento daquele órgão afim de apoiar caso seja liberada sua comercialização.

Eixo Estruturante 1	Macroprojeto 1.3 %u2013 Permitir novos modelos de produtos. Apoiar o VGBL-Saúde - Como forma de viabilizar a permanência dos idosos (pós-emprego) no plano de saúde, após a aposentadoria.	(Cont.Justific.I) O desafio é equacionar o financiamento dos aposentados, que geralmente perdem o plano da empresa (exceto se contribuíram para este plano por mais de dez anos) ou, se podem manter-se no plano da empresa, têm que arcar com as mensalidades ajustadas à faixa etária. Assim, as mensalidades passam a absorver uma grande fração dos rendimentos da aposentadoria do INSS (de valor médio modesto: R\$1.250,87 em mar/14 %u2013 Boletim Estatístico da Previdência Social %u2013 Vol. 19 Nº 03).(Continua)	6187	PA - A assistência ao idoso é um tema bastante pertinente e já foi eixo direcional da primeira Agenda Regulatória, sendo propostos projetos como elaboração de estudos de experiência internacionais de sucesso, criação de indicadores, estímulo às operadoras a criarem incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento de sua saúde, bem como criação de incentivos para comercialização de planos para a terceira idade. Quanto ao VGBL, a ANS continua estudando o formato e encaminhou proposta à SUSEP, aguardando posicionamento daquele órgão afim de apoiar caso seja liberada sua comercialização.
Eixo Estruturante 1	Macroprojeto 1.3 %u2013 Permitir novos modelos de produtos. Apoiar o VGBL-Saúde - Como forma de viabilizar a permanência dos idosos (pós-emprego) no plano de saúde, após a aposentadoria.	(Cont.Justific.II) O custeio pela empresa empregadora e contratante do plano não é uma solução, pois vai onerá-la, possivelmente ao ponto de ameaçar sua solvência, como aconteceu com diversas montadoras automobilísticas nos Estados Unidos (GM, FORD, Chrysler). (Continua)	6188	PA - A assistência ao idoso é um tema bastante pertinente e já foi eixo direcional da primeira Agenda Regulatória, sendo propostos projetos como elaboração de estudos de experiência internacionais de sucesso, criação de indicadores, estímulo às operadoras a criarem incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento de sua saúde, bem como criação de incentivos para comercialização de planos para a terceira idade. Quanto ao VGBL, a ANS continua estudando o formato e encaminhou proposta à SUSEP, aguardando posicionamento daquele órgão afim de apoiar caso seja liberada sua comercialização.

<p>Eixo Estruturante 1</p>	<p>Macroprojeto 1.3 %u2013 Permitir novos modelos de produtos. Apoiar o VGBL-Saúde - Como forma de viabilizar a permanência dos idosos (pós-emprego) no plano de saúde, após a aposentadoria.</p>	<p>(Cont.Justific.III) O aposentado sem renda para manter seu plano acabará no SUS. Mas basta acoplar um plano de capitalização ao de saúde durante a vida de trabalho, para acumular um fundo individual do qual o este poderá sacar, na aposentadoria, um valor mensal que ajudará a custear o plano de saúde. Isto empodera o indivíduo ao permitir que ele planeje a contribuição mensal para o fundo tendo em vista a data desejada de saída do mercado de trabalho e o tipo de plano visado para a aposentadoria.</p>	<p>6189</p>	<p>PA - A assistência ao idoso é um tema bastante pertinente e já foi eixo direcional da primeira Agenda Regulatória, sendo propostos projetos como elaboração de estudos de experiência internacionais de sucesso, criação de indicadores, estímulo às operadoras a criarem incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento de sua saúde, bem como criação de incentivos para comercialização de planos para a terceira idade. Quanto ao VGBL, a ANS continua estudando o formato e encaminhou proposta á SUSEP, aguardando posicionamento daquele órgão afim de apoiar caso seja liberada sua comercialização.</p>
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Eixo Estruturante 1</p>	<p>Macroprojeto 1.3 %u2013 Permitir novos modelos de produtos. Tornar obrigatória a oferta de planos com franquia e coparticipação. Como demonstra a experiência americana, esses planos são poderosos indutores do uso mais eficiente dos recursos da medicina.</p>	<p>Dados do mercado revelam os fatores impulsionadores do crescimento das despesas: i) reajustes dos honorários das consultas; ii) aumento na quantidade de terapias em razão das atualizações do Rol de Procedimentos de cobertura obrigatória, que ampliaram o número de consultas de cobertura obrigatória por beneficiário por ano; iii) aumento da frequência de exames; e iv) aumentos na frequência e no custo médio das internações. (Continua)</p>	<p>6190</p>	<p>JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "Aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais, o tema também está sendo tratado em grupos técnicos internos à DIPRO, como GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta para aperfeiçoar, sistematizar e integrar a organização e o funcionamento dos processos de monitoramento da operação dos produtos - tanto no que tange a sua dinâmica interna, quanto das instâncias e interfaces com beneficiários e prestadores de serviços de assistência à saúde, e ainda sobre o acesso dos usuários aos serviços contratados e o GT de Preços, que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta acerca da Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar, a fim de incentivar a concorrência e viabilizar a sustentabilidade econômico-financeira e assistencial do setor. Especialmente, o GT que tem por objetivo revisar as regras para a adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde.</p>
----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Eixo Estruturante 1</p>	<p>Macroprojeto 1.3 Permitir novos modelos de produtos. Tornar obrigatória a oferta de planos com franquia e coparticipação. Como demonstra a experiência americana, esses planos são poderosos indutores do uso mais eficiente dos recursos da medicina.</p>	<p>(Cont.Justific.) Tem-se observado uma tendência ao aumento nas frequências de utilização dos diferentes tipos de serviços assistenciais. A força motriz está ligada ao aumento na frequência de consultas (número de consultas por beneficiário por ano). As consultas originam pedidos de exames, terapias e internações. (Continua)</p>	<p>6191</p>	<p>JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "Aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais, o tema também está sendo tratado em grupos técnicos internos à DIPRO, como GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta para aperfeiçoar, sistematizar e integrar a organização e o funcionamento dos processos de monitoramento da operação dos produtos - tanto no que tange a sua dinâmica interna, quanto das instâncias e interfaces com beneficiários e prestadores de serviços de assistência à saúde, e ainda sobre o acesso dos usuários aos serviços contratados e o GT de Preços, que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta acerca da Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar, a fim de incentivar a concorrência e viabilizar a sustentabilidade econômico-financeira e assistencial do setor. Especialmente, o GT que tem por objetivo revisar as regras para a adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde.</p>
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Eixo Estruturante 1</p>	<p>Macroprojeto 1.3 Permitir novos modelos de produtos. Tornar obrigatória a oferta de planos com franquia e coparticipação %u2013 Como demonstra a experiência americana, esses planos são poderosos indutores do uso mais eficiente dos recursos da medicina.</p>	<p>(Cont.Justific.II) Por qualquer que seja o motivo (mudança da prática ou da formação médica, tempo dedicado à consulta, minimização de riscos) vem ocorrendo um aumento na quantidade de exames solicitados por consulta. Compreende-se que os exames podem aperfeiçoar o diagnóstico e aumentar sua precisão, mas deve-se questionar se essas tendências são efetivamente benéficas para a saúde da população, ou se há importantes desperdícios na realização de exames. (Continua)</p>	<p>6192</p>	<p>JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "Aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais, o tema também está sendo tratado em grupos técnicos internos à DIPRO, como GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta para aperfeiçoar, sistematizar e integrar a organização e o funcionamento dos processos de monitoramento da operação dos produtos - tanto no que tange a sua dinâmica interna, quanto das instâncias e interfaces com beneficiários e prestadores de serviços de assistência à saúde, e ainda sobre o acesso dos usuários aos serviços contratados e o GT de Preços, que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta acerca da Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar, a fim de incentivar a concorrência e viabilizar a sustentabilidade econômico-financeira e assistencial do setor. Especialmente, o GT que tem por objetivo revisar as regras para a adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde.</p>
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Eixo Estruturante 1</p>	<p>Macroprojeto 1.3 Permitir novos modelos de produtos. Tornar obrigatória a oferta de planos com franquias e coparticipação. Como demonstra a experiência americana, esses planos são poderosos indutores do uso mais eficiente dos recursos da medicina.</p>	<p>(Cont. Justif. III) Neste sentido, os mecanismos de regulação financeira, como a franquias e a coparticipação, contribuem para orientar o beneficiário a usar os serviços de saúde quando efetivamente necessitar de assistência de saúde especializada, evitando os desperdícios e tornando-o mais responsável por suas escolhas. A responsabilização do consumidor pelos seus atos é fundamental para a construção de um setor mais justo.</p>	<p>6193</p>	<p>JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "Aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais, o tema também está sendo tratado em grupos técnicos internos à DIPRO, como GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta para aperfeiçoar, sistematizar e integrar a organização e o funcionamento dos processos de monitoramento da operação dos produtos - tanto no que tange a sua dinâmica interna, quanto das instâncias e interfaces com beneficiários e prestadores de serviços de assistência à saúde, e ainda sobre o acesso dos usuários aos serviços contratados e o GT de Preços, que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta acerca da Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar, a fim de incentivar a concorrência e viabilizar a sustentabilidade econômico-financeira e assistencial do setor. Especialmente, o GT que tem por objetivo revisar as regras para a adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde.</p>
----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Macroprojeto 2.1	Revisar a política de reajustes das mensalidades - Propõe-se revisar a política atual de reajustes de mensalidades, com sua flexibilização e reestabelecimento dos mecanismos de revisão técnica para os contratos individuais. Sugere-se também a revisão imediata da situação dos planos anteriores à Lei de 1998.	A teoria econômica justifica o controle de preços e reajustes em setores dominados por monopólios naturais, que não é o caso da saúde suplementar. Há que se ter uma política de reajustes que reflita a evolução dos custos para se garantir a oferta. Deve-se também restabelecer mecanismos de revisão técnica para os contratos individuais e a revisão da situação dos planos anteriores à Lei de 1998, para que haja melhor equacionamento jurídico, evitando o crescimento da judicialização. (Continua)	6194	PA - A sugestão é pertinente e está sendo discutida no âmbito da DIPRO, em especial no Grupo de Trabalho - GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta acerca da Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar, a fim de incentivar a concorrência e viabilizar a sustentabilidade econômico-financeira e assistencial do setor.
Macroprojeto 2.1	Revisar a política de reajustes das mensalidades - Propõe-se revisar a política atual de reajustes de mensalidades, com sua flexibilização e reestabelecimento dos mecanismos de revisão técnica para os contratos individuais. Sugere-se também a revisão imediata da situação dos planos anteriores à Lei de 1998.	(Cont.Justific.I) Com as quatro transições epidemiológica, demográfica, etária e tecnológica - por que passam os sistemas de saúde no mundo, as OPS vêm enfrentando uma escalada de crescimento das despesas per capita de seus beneficiários, que exige penosas negociações de reajuste com contratantes. Essa escalada de custos e reajustes vai de encontro aos limites orçamentários dos contratantes, sejam estas pessoas físicas ou jurídicas. (Continua)	6195	PA - A sugestão é pertinente e está sendo discutida no âmbito da DIPRO, em especial no Grupo de Trabalho - GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta acerca da Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar, a fim de incentivar a concorrência e viabilizar a sustentabilidade econômico-financeira e assistencial do setor.
Macroprojeto 2.1	Revisar a política de reajustes das mensalidades - Propõe-se revisar a política atual de reajustes de mensalidades, com sua flexibilização e reestabelecimento dos mecanismos de revisão técnica para os contratos individuais. Sugere-se também a revisão imediata da situação dos planos anteriores à Lei	(Cont.Justific.II) Os dados do setor revelam que as despesas assistenciais cresceram bem mais que as receitas de contraprestações, e mais que as despesas totais. O esforço contínuo de aperfeiçoamento da gestão obteve sucesso ao manter em ritmo menor o crescimento das despesas com administração para conter a tendência.	6196	PA - A sugestão é pertinente e está sendo discutida no âmbito da DIPRO, em especial no Grupo de Trabalho - GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta acerca da Política de Preço no Setor de Saúde Suplementar, a fim de incentivar a concorrência e viabilizar a sustentabilidade econômico-financeira e assistencial do setor.

	de 1998.			
Macroprojeto 2.2	Revisar e consolidar os normativos que dispõem sobre as informações que devem ser disponibilizadas ao beneficiário, considerando que um dos objetivos do LAB-DIDES é o empoderamento do beneficiário.	Sugere-se rever, atualizar e consolidar os normativos da ANS que dispõem sobre as informações que devem ser disponibilizadas ao beneficiário, de forma a melhorar a compreensão das regras e dar maior transparência aos processos.	6197	<p>PA - O trabalho de revisão do estoque regulatório é amplo e demorado, mas é prioritária a revisão daqueles normativos que estão relacionados às informações que contribuem para o aumento da capacidade de escolha dos beneficiários. O que se busca é diminuir ao máximo a assimetria de informação proporcionando acesso em linguagem clara e acessível, de forma qualificada e sistematizada, às informações do setor. A sua utilização pela sociedade faz parte da missão do órgão regulador que, também, deve atuar como indutor da prática da concorrência positiva aumento a competitividade por meio da qualidade no setor. Este estímulo positivo por meio da escolha qualificada - quer pelo indivíduo quer pela empresa ou entidade que represente o interesse de uma coletividade – é, certamente, o caminho para o aperfeiçoamento das relações de mercado de forma cidadã e responsável.</p> <p>As RN 360 e 379 tornam obrigatória a disponibilização de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, documento de identificação unívoca dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde disponibilizado por meio físico ou digital, de forma que apenas o beneficiário tenha acesso a seus dados, inclusive uma série de informações mínimas acerca das diferenças dos tipos de contratação, como carência, CPT, reajuste, entre outros.</p>

<p>Eixo Estruturante 2</p>	<p>Macroprojeto 2.3 Análise de Impacto Regulatório Implementar de forma mais efetiva o programa de Análise de Impacto Regulatória (AIR)</p>	<p>É de suma importância que a edição de normas pela Agência seja embasada por estudos prévios de AIR, esclarecendo para a sociedade os impactos que a norma produzirá, inclusive em termos dos custos que serão incorridos pelos beneficiários.</p>	<p>6198</p>	<p>JC - A ANS vem trabalhando, ao longo do tempo, seus processos de melhoria da qualidade da regulação, procurando seguir as recomendações da OCDE. Para tanto, procurou desenvolver o aprimoramento do seu fluxo regulatório observando as peculiaridades desse setor, para reforçar a credibilidade do processo regulatório e buscar maior eficiência no processo decisório. Em 2013 foi instituído na ANS, o Grupo Executivo de Boas Práticas Regulatórias com representação de todas as diretorias, cujo objetivo foi elaborar proposta de critérios para estudos aprofundados de impacto regulatório, ampliação da participação social e outras ações que pudessem fortalecer as Boas Práticas Regulatórias e contribuir na elaboração de estudos de AIR no âmbito das Diretorias, conforme o previsto no projeto da Agenda Regulatória 2013/2014, sob o eixo da Governança. Em 2014 foi concluído o Guia de Boas Práticas Regulatórias para o processo de regulamentação, como o orientador das análises de impacto, tanto iniciais, quanto intermediárias, baseadas em metodologia multicritério, de forma a contemplar todos os tipos de aspectos e impactos (custos, benefícios ou riscos, quantitativos ou qualitativos, tangíveis ou intangíveis, concentrados ou distribuídos) para ser utilizado por todos os setores da ANS</p>
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 1	Proposta de Macroprojeto 1.3: Permitir novos modelos de produtos. Proposta inclusa no Macroprojeto: Apoiar o VGBL Saúde como forma de viabilizar a permanência dos idosos (pós-emprego) no plano de saúde, após a aposentadoria.	O envelhecimento populacional tem como consequência o aumento considerável na incidência de doenças crônicas, principalmente porque os idosos são propensos a terem múltiplas destas. Com isso, o gasto per capita da sociedade brasileira deverá aumentar, afetando todo o sistema de saúde. (Continua)	6200	PA - A assistência ao idoso é um tema bastante pertinente e já foi eixo direcional da primeira Agenda Regulatória, sendo propostos projetos como elaboração de estudos de experiência internacionais de sucesso, criação de indicadores, estímulo às operadoras a criarem incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento de sua saúde, bem como criação de incentivos para comercialização de planos para a terceira idade. Quanto ao VGBL, a ANS continua estudando o formato e encaminhou proposta á SUSEP, aguardando posicionamento daquele órgão afim de apoiar caso seja liberada sua comercialização.
Eixo Estruturante 1	Proposta de Macroprojeto 1.3: Permitir novos modelos de produtos. Proposta inclusa no Macroprojeto: Apoiar o VGBL Saúde como forma de viabilizar a permanência dos idosos (pós-emprego) no plano de saúde, após a aposentadoria.	(Cont.Justific.I) O desafio é equacionar o financiamento dos aposentados, que geralmente perdem o plano da empresa (exceto se contribuíram para este plano por mais de dez anos) ou, se podem manter-se no plano da empresa, têm que arcar com as mensalidades ajustadas à faixa etária. Assim, as mensalidades passam a absorver uma grande fração dos rendimentos da aposentadoria do INSS (de valor médio modesto: R\$1.250,87 em mar/14; Boletim Estatístico da Previdência Social; Vol. 19 Nº 03).(Continua)	6201	PA - A assistência ao idoso é um tema bastante pertinente e já foi eixo direcional da primeira Agenda Regulatória, sendo propostos projetos como elaboração de estudos de experiência internacionais de sucesso, criação de indicadores, estímulo às operadoras a criarem incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento de sua saúde, bem como criação de incentivos para comercialização de planos para a terceira idade. Quanto ao VGBL, a ANS continua estudando o formato e encaminhou proposta á SUSEP, aguardando posicionamento daquele órgão afim de apoiar, caso seja liberada sua comercialização.

Eixo Estruturante 1	Proposta de Macroprojeto 1.3: Permitir novos modelos de produtos. Proposta inclusa no Macroprojeto: Apoiar o VGBL Saúde como forma de viabilizar a permanência dos idosos (pós-emprego) no plano de saúde, após a aposentadoria.	(Cont.Justific.II) O custeio pela empresa empregadora e contratante do plano não é uma solução, pois vai onerá-la, possivelmente ao ponto de ameaçar sua solvência, como aconteceu com diversas montadoras automobilísticas nos Estados Unidos (GM, FORD, Chrysler). (Continua)	6202	PA - A assistência ao idoso é um tema bastante pertinente e já foi eixo direcional da primeira Agenda Regulatória, sendo propostos projetos como elaboração de estudos de experiência internacionais de sucesso, criação de indicadores, estímulo às operadoras a criarem incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento de sua saúde, bem como criação de incentivos para comercialização de planos para a terceira idade. Quanto ao VGBL, a ANS continua estudando o formato e encaminhou proposta á SUSEP, aguardando posicionamento daquele órgão afim de apoiar, caso seja liberada sua comercialização.
Eixo Estruturante 1	Proposta de Macroprojeto 1.3: Permitir novos modelos de produtos. Proposta inclusa no Macroprojeto: Apoiar o VGBL Saúde como forma de viabilizar a permanência dos idosos (pós-emprego) no plano de saúde, após a aposentadoria.	(Cont.Justific.III) O aposentado sem renda para manter seu plano acabará no SUS. Mas basta acoplar um plano de capitalização ao de saúde durante a vida de trabalho, para acumular um fundo individual do qual o este poderá sacar, na aposentadoria, um valor mensal que ajudará a custear o plano de saúde. Isto empodera o indivíduo ao permitir que ele planeje a contribuição mensal para o fundo tendo em vista a data desejada de saída do mercado de trabalho e o tipo de plano visado para a aposentadoria.	6203	PA - A assistência ao idoso é um tema bastante pertinente e já foi eixo direcional da primeira Agenda Regulatória, sendo propostos projetos como elaboração de estudos de experiência internacionais de sucesso, criação de indicadores, estímulo às operadoras a criarem incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento de sua saúde, bem como criação de incentivos para comercialização de planos para a terceira idade. Quanto ao VGBL, a ANS continua estudando o formato e encaminhou proposta á SUSEP, aguardando posicionamento daquele órgão afim de apoiar, caso seja liberada sua comercialização.

<p>Eixo Estruturante 1</p>	<p>Proposta de Macroprojeto 1.3: Permitir novos modelos de produtos. Proposta inclusa no Macroprojeto: Tornar obrigatória a oferta de planos com franquia e coparticipação.</p>	<p>Como mostra a experiência americana, esses planos são fortes indutores do uso mais eficiente dos recursos da medicina. Fatores impulsionadores do crescimento das despesas: i) reajustes dos honorários das consultas; ii) aumento na quantidade de terapias em razão das atualizações do Rol de Procedimentos, que ampliaram o número de consultas de cobertura obrigatória por beneficiário por ano; iii) aumento da frequência de exames; iv) aumentos na frequência e no custo médio das internações. (Continua)</p>	<p>6204</p>	<p>JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos da DIPRO, em especial no GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta para aperfeiçoar, sistematizar e integrar a organização e o funcionamento dos processos de monitoramento da operação dos produtos - tanto no que tange a sua dinâmica interna, quanto das instâncias e interfaces com beneficiários e prestadores de serviços de assistência à saúde, e ainda sobre o acesso dos usuários aos serviços contratados.</p>
<p>Eixo Estruturante 1</p>	<p>Proposta de Macroprojeto 1.3: Permitir novos modelos de produtos. Proposta inclusa no Macroprojeto: Tornar obrigatória a oferta de planos com franquia e coparticipação.</p>	<p>(Cont.Justific.I) Tem-se observado uma tendência ao aumento nas frequências de utilização dos diferentes tipos de serviços assistenciais. A força motriz está ligada ao aumento na frequência de consultas (número de consultas por beneficiário por ano). As consultas originam pedidos de exames, terapias e internações. (Continua)</p>	<p>6205</p>	<p>JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos da DIPRO, em especial no GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta para aperfeiçoar, sistematizar e integrar a organização e o funcionamento dos processos de monitoramento da operação dos produtos - tanto no que tange a sua dinâmica interna, quanto das instâncias e interfaces com beneficiários e prestadores de serviços de assistência à saúde, e ainda sobre o acesso dos usuários aos serviços contratados.</p>

Eixo Estruturante 1	Proposta de Macroprojeto 1.3: Permitir novos modelos de produtos. Proposta inclusa no Macroprojeto: Tornar obrigatória a oferta de planos com franquia e coparticipação.	(Cont.Justific.II) Por qualquer que seja o motivo (mudança da prática ou da formação médica, tempo dedicado à consulta, minimização de riscos) vem ocorrendo um aumento na quantidade de exames solicitados por consulta. Compreende-se que os exames podem aperfeiçoar o diagnóstico e aumentar sua precisão, mas deve-se questionar se essas tendências são efetivamente benéficas para a saúde da população, ou se há importantes desperdícios na realização de exames. (Continua)	6206	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos da DIPRO, em especial no GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta para aperfeiçoar, sistematizar e integrar a organização e o funcionamento dos processos de monitoramento da operação dos produtos - tanto no que tange a sua dinâmica interna, quanto das instâncias e interfaces com beneficiários e prestadores de serviços de assistência à saúde, e ainda sobre o acesso dos usuários aos serviços contratados.
Eixo Estruturante 1	Proposta de Macroprojeto 1.3: Permitir novos modelos de produtos. Proposta inclusa no Macroprojeto: Tornar obrigatória a oferta de planos com franquia e coparticipação.	(Cont.Justific.III) Neste sentido, os mecanismos de regulação financeira, como a franquia e a coparticipação, contribuem para orientar o beneficiário a usar os serviços de saúde quando efetivamente necessitar de assistência de saúde especializada, evitando os desperdícios e tornando-o mais responsável por suas escolhas. A responsabilização do consumidor pelos seus atos é fundamental para a construção de um setor mais justo.	6207	JC - A sugestão se insere no Macroprojeto "aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização dos indicadores de qualidade". Ademais o tema também está sendo tratado nos Grupos Técnicos da DIPRO, em especial no GT que tem como objetivo realizar estudos e elaborar proposta para aperfeiçoar, sistematizar e integrar a organização e o funcionamento dos processos de monitoramento da operação dos produtos - tanto no que tange a sua dinâmica interna, quanto das instâncias e interfaces com beneficiários e prestadores de serviços de assistência à saúde, e ainda sobre o acesso dos usuários aos serviços contratados.

<p>Eixo Estruturante 2</p>	<p>Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta inclusa no Macroprojeto: Implementar de forma mais efetiva o programa de Análise de Impacto Regulatória (AIR)</p>	<p>É de suma importância que a edição de normas pela Agência seja embasada por estudos prévios de AIR, esclarecendo para a sociedade os impactos que a norma produzirá, inclusive em termos dos custos que serão incorridos pelos beneficiários.</p>	<p>6208</p>	<p>JC - A ANS vem trabalhando, ao longo do tempo, seus processos de melhoria da qualidade da regulação, procurando seguir as recomendações da OCDE. Para tanto, procurou desenvolver o aprimoramento do seu fluxo regulatório observando as peculiaridades desse setor, para reforçar a credibilidade do processo regulatório e buscar maior eficiência no processo decisório. Em 2013 foi instituído na ANS, o Grupo Executivo de Boas Práticas Regulatórias com representação de todas as diretorias, cujo objetivo foi elaborar proposta de critérios para estudos aprofundados de impacto regulatório, ampliação da participação social e outras ações que pudessem fortalecer as Boas Práticas Regulatórias e contribuir na elaboração de estudos de AIR no âmbito das Diretorias, conforme o previsto no projeto da Agenda Regulatória 2013/2014, sob o eixo da Governança. Em 2014 foi concluído o Guia de Boas Práticas Regulatórias para o processo de regulamentação, como o orientador das análises de impacto, tanto iniciais, quanto intermediárias, baseadas em metodologia multicritério, de forma a contemplar todos os tipos de aspectos e impactos (custos, benefícios ou riscos, quantitativos ou qualitativos, tangíveis ou intangíveis, concentrados ou distribuídos) para ser utilizado por todos os setores da ANS</p>
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta inclusa no Macroprojeto: Criar um Comitê Técnico para definir parâmetros de incorporação de novas tecnologias	Propõe-se criação de Comitê Técnico para definir parâmetros de incorporação de novas tecnologias, inclusões de novas coberturas no Rol de Procedimentos e estimular a transparência de preços. Suas atribuições incluiriam medicamentos, equipamentos, materiais, OPME e procedimentos. O Comitê se valeria da ATS, já adotada em outros países. Haveria a institucionalização da ATS como requisito para a incorporação tecnológica e a criação de Diretrizes de Utilização para seu uso mais eficiente. (Continua)	6209	FE - A ANS já participa da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. A Conitec, entre outras atribuições, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. Internamente foi criado em 2014 o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE para análise das questões pertinente à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta inclusa no Macroprojeto: Criar um Comitê Técnico para definir parâmetros de incorporação de novas tecnologias	(Cont.Justific.I)A FenaSaúde propõe que se institucionalize um processo de avaliação de tecnologia em saúde antes de sua incorporação. A questão essencial está ligada ao critério de adoção sempre que a tecnologia apresenta desfechos clínicos superiores à existente, mas tem um custo bem mais elevado. O problema é definir qual a relação entre ganho no desfecho clínico e custo adicional que justifica sua adoção	6210	FE - A ANS já participa da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. A Conitec, entre outras atribuições, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. Internamente foi criado em 2014 o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE para análise das questões pertinente à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta inclusa no Macroprojeto: Criar um Comitê Técnico para definir parâmetros de incorporação de novas tecnologias	(Cont.Justific.II) Igualmente importante é a prescrição da tecnologia uma vez incorporada no sistema de saúde. Para evitar abusos na utilização, a FenaSaúde propõe que se estabeleçam diretrizes de uso para aquelas que podem deixar sequelas nos pacientes ou que tenham um custo muito alto em relação ao benefícios gerados.	6211	FE - A ANS já participa da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. A Conitec, entre outras atribuições, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. Internamente foi criado em 2014 o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE para análise das questões pertinente à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta inclusa no Macroprojeto: Manter o Rol em sua última versão para todos os planos já comercializados, com aditivos para adaptação voluntária às novas edições do Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde, enquanto não houver a criação e implementação dos trabalhos do comitê técnico.	A manutenção do rol é importante para garantir estabilidade setorial. É sabido que uma das principais pressões geradoras de custo é a expansão do Rol de Procedimentos.	6212	FE - A ANS já participa da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. A Conitec, entre outras atribuições, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. Internamente foi criado em 2014 o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE para análise das questões pertinente à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta inclusa no Macroprojeto: Assegurar a transparência de preços e a prevalência de condições de concorrência no setor, por meio de atuação do Governo Federal na cadeia produtora e distribuidora de OPME.	A escalada das despesas no setor tem componentes de curto e de longo prazo. Os de curto prazo estão associados ao movimento dos preços de materiais e OPME. Nota-se uma aceleração na utilização de dispositivos dispendiosos e uma escalada dos preços: há dispositivos que alcançam centenas de milhares de reais. Existe grande disparidade de preços entre regiões, distribuidores e prestadores. Verifica-se, principalmente, uma apropriação de valores ao longo da cadeia de distribuição das OPME.(Continua)	6213	PA - Na última agenda regulatória (2013/2014) foi concluído o projeto "Implantação da Análise de Impacto Regulatório". A ANS é integrante de um Grupo de um Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso a OPME em território nacional. Em julho de 2015 o grupo concluirá suas atividades, com recomendações de trabalho para as instituições participantes. A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2.
Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta inclusa no Macroprojeto: Assegurar a transparência de preços e a prevalência de condições de concorrência no setor, por meio de atuação do Governo Federal na cadeia produtora e distribuidora de OPME.	(Cont.Justific.) Estudo recente de uma consultoria especializada analisou a cadeia de comercialização de OPME. O quadro abaixo ilustra um caso típico %u2013 uma prótese de joelho que custa R\$ 2 mil na porta da fábrica custa, depois de colocada no paciente, R\$ 18 mil, não incluídos neste valor os custos hospitalares (equipe médica, taxas de sala, diárias hospitalares, entre outros). (Continua)	6214	PA - Na última agenda regulatória (2013/2014) foi concluído o projeto "Implantação da Análise de Impacto Regulatório". A ANS é integrante de um Grupo de um Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso a OPME em território nacional. Em julho de 2015 o grupo concluirá suas atividades, com recomendações de trabalho para as instituições participantes. A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2.

Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta incluída no Macroprojeto: Assegurar a transparência de preços e a prevalência de condições de concorrência no setor, por meio de atuação do Governo Federal na cadeia produtora e distribuidora de OPME.	(Cont.Justific.II) A situação ficou tão grave que levou a CGR a investigar as ações de um hospital público nessa área. Recentemente, a Justiça de SP acatou ação contra o prestador movida pela OPS, cujo objeto era a abusividade dos preços dos dispositivos implantados no paciente. (Continua)	6215	PA - Na última agenda regulatória (2013/2014) foi concluído o projeto "Implantação da Análise de Impacto Regulatório". A ANS é integrante de um Grupo de um Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso a OPME em território nacional. Em julho de 2015 o grupo concluirá suas atividades, com recomendações de trabalho para as instituições participantes. A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2.
Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta incluída no Macroprojeto: Assegurar a transparência de preços e a prevalência de condições de concorrência no setor, por meio de atuação do Governo Federal na cadeia produtora e distribuidora de OPME.	(Cont.Justific.III) Em relação às despesas com internações, cabem alguns comentários. Os maiores impulsionadores das despesas hospitalares são materiais e medicamentos, incluídas órteses, próteses e materiais especiais. O hospital é o lócus da incorporação de tecnologias. Assim, duas observações explicam o aumento das despesas: os aumentos dos preços dos dispositivos médicos (OPME) e a prescrição aparentemente sem critérios de intervenções complexas, utilizando materiais assaz dispendiosos.	6216	PA - Na última agenda regulatória (2013/2014) foi concluído o projeto "Implantação da Análise de Impacto Regulatório". A ANS é integrante de um Grupo de um Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso a OPME em território nacional. Em julho de 2015 o grupo concluirá suas atividades, com recomendações de trabalho para as instituições participantes. A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2.

<p>Eixo Estruturante 2</p>	<p>Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta inclusa no Macroprojeto: Avaliar criticamente a cadeia de distribuição de OPME</p>	<p>Para que se tenha transparência e, acima de tudo, que prevaleça a concorrência nessa cadeia. Algumas medidas sugeridas: A. Punição e repressão às práticas anticomerciais e antiéticas. B. Medidas regulatórias para eliminar os custos artificiais. C. Projeto de Lei para tipificação dos crimes. D. Ação da Secretaria de Desenvolvimento Econômico (SDE) e do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE).(Continua)</p>	<p>6217</p>	<p>PA - Na última agenda regulatória (2013/2014) foi concluído o projeto "Implantação da Análise de Impacto Regulatório". A ANS é integrante de um Grupo de um Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso a OPME em território nacional. Em julho de 2015 o grupo concluirá suas atividades, com recomendações de trabalho para as instituições participantes. A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2.</p>
----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.3: Análise de Impacto Regulatório. Proposta inclusa no Macroprojeto: Avaliar criticamente a cadeia de distribuição de OPME	(Cont.Justific.) Algumas medidas sugeridas: E. Institucionalização da segunda opinião. F. Medidas indutoras para a aplicação de protocolos clínicos. G. Revisão das regras de importação e homologação das OPME. H. Publicação dos preços de importação das OPME e comparativos internacionais pela ANVISA. I. Adoção de nomenclatura padrão e hierarquizada pela ANVISA no processo de importação e homologação.	6218	PA - Na última agenda regulatória (2013/2014) foi concluído o projeto "Implantação da Análise de Impacto Regulatório". A ANS é integrante de um Grupo de um Trabalho Interinstitucional, criado com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso a OPME em território nacional. Em julho de 2015 o grupo concluirá suas atividades, com recomendações de trabalho para as instituições participantes. A sugestão apresenta ações específicas sobre OPME que podem ser contempladas no macroprojeto 2.2. Ademais, Diretrizes Clínicas já são utilizadas pela DIPRO na Resolução Normativa nº 338/2013, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde.
Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.4: Reativação do Conselho de Saúde Suplementar. Proposta inclusa no Macroprojeto: Propõe-se a reativação do Conselho de Saúde Suplementar e o restabelecimento e revisão de suas atribuições. Este teria as atribuições de fixar políticas, diretrizes e projetos prioritários para a saúde suplementar.	Espera-se que essa reativação revisada venha a fortalecer a política específica para a saúde suplementar e facilitar a proposição e andamento de mudanças estruturais para o setor.	6219	NA - Pela composição do Conselho, podemos observar que poderia ser um retrocesso, eis que o mercado é muito dinâmico e a agenda das autoridades muitas vezes está comprometida, o que pode ensejar demora no retorno e na defesa do interesse público.

Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.4: Reativação do Conselho de Saúde Suplementar. Proposta inclusa no Macroprojeto: Criar o Conselho de Recursos da Saúde Suplementar como instância recursal para os processos de infração autuados pela ANS, à semelhança do CNSP, CONFAZ, PREVIC e INSS.	Em outros mercados regulados também existem propostas de criar instâncias recursais para as decisões proferidas pelas agências reguladoras de outros mercados regulados. O órgão poderia contar com a representação de todas as partes envolvidas, sem que isto ferisse a autonomia da instituição. (Continua)	6220	NA - Pela composição do Conselho, podemos observar que poderia ser um retrocesso, eis que o mercado é muito dinâmico e a agenda das autoridades muitas vezes está comprometida, o que pode ensejar demora no retorno e na defesa do interesse público.
Eixo Estruturante 2	Proposta de Macroprojeto 2.4: Reativação do Conselho de Saúde Suplementar. Proposta inclusa no Macroprojeto: Criar o Conselho de Recursos da Saúde Suplementar como instância recursal para os processos de infração autuados pela ANS, à semelhança do CNSP, CONFAZ, PREVIC e INSS.	(Cont.Justific.) A criação de instância revisora propiciaria nova chance de defesa às OPS e de reforma de decisões emitidas pela Diretoria Colegiada da ANS. Os conselheiros seriam pessoas naturais com reputação ilibada, qualificação e capacidade técnica necessária à assunção das responsabilidades de sua função.	6221	NA - Pela composição do Conselho, podemos observar que poderia ser um retrocesso, eis que o mercado é muito dinâmico e a agenda das autoridades muitas vezes está comprometida, o que pode ensejar demora no retorno e na defesa do interesse público.
Macroprojeto 3.1	Reconhecer que a saúde privada é de fato suplementar, com sua explicitação pelo Executivo Federal.	Isto conduzirá a um pacto entre poderes para que a lei, as regulamentações legais e os termos dos contratos sejam respeitados, evitando, assim, a escalada da judicialização na saúde suplementar.	6222	JC -O arcabouço legal já faz esta distinção. Cabe à ANS apenas cumprir as competências legais estabelecidas nos marcos regulatórios e a agenda regulatória é uma diretriz proposta para os próximos 3 anos. Desta forma, o assunto possui uma dimensão interinstitucional.
Macroprojeto 3.1	Pacificar o entendimento sobre as obrigações da Saúde Suplementar	Em relação à Legislação, normas e contratos, há que se promover a pacificação do entendimento para conter o processo de judicialização.	6223	JC - O arcabouço legal já faz esta distinção. Cabe à ANS apenas cumprir as competências legais estabelecidas nos marcos regulatórios e a agenda regulatória é uma diretriz proposta para os próximos 3 anos. Desta forma, o assunto possui uma dimensão interinstitucional.
Macroprojeto 3.1	Ampliar a representação do setor privado em fóruns, grupos de trabalho, conselhos do Ministério da Saúde e na ANVISA.	De forma a promover a troca de ideias entre os setores público e privado.	6224	JC - Entendemos que já existe uma grande quantidade de Câmaras, Fóruns e Grupos de Trabalho que possibilitam a interlocução constante entre todos os <i>stakeholders</i> .

Macroprojeto 3.1	Viabilizar que a comunicação do atendimento no SUS seja feita às OPS o mais rapidamente possível. Idealmente o próprio prestador, no ato do atendimento, entraria em contato com a OPS, podendo ser pela central de regulação, que teve boa experiência na Copa das Confederações e na Copa do Mundo.	A. Correto processo de elegibilidade com menos retrabalho para o SUS e para as OPS; B. Oferta de transferência para a rede privada, caso seja de interesse do beneficiário; C. Maior celeridade no processo de ressarcimento, caso o beneficiário queira permanecer na instituição pública.	6225	NSA - No que concerne à interação entre os prestadores que recebem recursos do SUS e as operadoras, cabe destacar que não há vedação legal para ao contato direto entre ambos com vistas a encaminhar/transferir os pacientes para rede privada/credenciada. Ao contrário, os estabelecimentos de saúde podem, quando identificarem que o paciente possui plano de saúde, entrar em contato com a operadora para que seja realizada a remoção para hospital credenciado. Importante destacar que a remodelação do processo de ressarcimento ao SUS, a fim de tornar obrigatório esse contato, ultrapassa o escopo de atuação da ANS, na medida em que demandaria, inclusive, alteração legislativa. No tocante a maior celeridade do processo de ressarcimento, cumpre destacar que trata-se de processo administrativo, e que, portanto, deve seguir o rito previsto na Lei 9784.
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Macroprojeto 3.1</p>	<p>Incluir nas ABIs outras informações para melhorar a análise das cobranças do Ressarcimento ao SUS.</p>	<p>A. Dados clínicos do paciente que permitam verificar a elegibilidade do procedimento, para avaliar se está contemplado no Rol de coberturas obrigatórias e contrato do beneficiário e se a cobertura no Rol está atrelada a diretriz de utilização; B. Se o valor cobrado foi efetivamente pago após avaliação da auditoria do SUS; C. Filtro inicial pela ANS da data de realização e data de exclusão do beneficiário da OPS.</p>	<p>6226</p>	<p>JC - Inicialmente, cabe esclarecer que para operacionalização do processo de ressarcimento ao SUS é necessário o recebimento pela ANS das bases de dados de produção de serviços realizados no SUS que são gerenciadas e disponibilizadas pelo DATASUS/MS – Ministério da Saúde. O instrumento de registro das internações hospitalares é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) é um dos instrumentos de registro do Sistema de Informação Ambulatorial. Portanto, os dados disponibilizados no Ofício de ABI são os dados encaminhados à ANS pelo Ministério da Saúde. Para que sejam incluídas novas informações, é necessário que sejam implementadas mudanças no preenchimento de informações de AIHs e APACs e essas alterações extrapolam a área de atuação da ANS, sendo de competência do DATASUS/MS. Em relação ao item B, em que a OPS questiona se o valor cobrado foi efetivamente pago após avaliação da auditoria do SUS, cumpre esclarecer que os faturamentos não aprovados pelo SUS são excluídos no cruzamento das bases do DATASUS e da ANS. No que concerne à introdução do filtro que critica se o beneficiário está inativo na data de realização do atendimento, informamos que este já é utilizado pela ANS: atualmente são utilizados 33 filtros que depuram os resultados, excluindo identificações indevidas (falso-positivas). Ademais, a Agência tem trabalhado em duas frentes para melhoria da qualidade dos dados sistemas envolvidos no batimento: a melhoria dos atributos consistência e confiabilidade das informações, e a melhoria do atributo integridade/completude.</p>
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Macroprojeto 3.2	Buscar tratamento no mínimo isonômico em relação a outras cadeias produtivas e política de financiamento por parte do BNDES para a expansão da infraestrutura, pois a saúde deve ser entendida como polo indutor do desenvolvimento econômico e social.	Mais de 90% das receitas dos principais hospitais do País, associados à Associação Nacional de Hospitais Privados, proveem dos planos de saúde. Dificuldades financeiras nas OPS afetarão, portanto, de imediato os hospitais privados. (Continua)	6227	FE - O correspondente item da agenda regulatória anterior foi encerrado sem a viabilização do projeto. Ademais, a ANS não teria competência para desenvolver projetos ou assinar termos de cooperação com BNDES envolvendo projetos de hospitais privados, sem que, ao menos, estes estejam ligados a operadoras.
Macroprojeto 3.2	Buscar tratamento no mínimo isonômico em relação a outras cadeias produtivas e política de financiamento por parte do BNDES para a expansão da infraestrutura, pois a saúde deve ser entendida como polo indutor do desenvolvimento econômico e social.	(Cont.Justific.I) A atualização tecnológica dos hospitais e a disponibilidade de leitos e equipamentos de alta complexidade impactam diretamente a saúde suplementar. A realização de procedimentos de alta complexidade é mais prevalente nesta do que no SUS. (Continua)	6228	FE - O correspondente item da agenda regulatória anterior foi encerrado sem a viabilização do projeto. Ademais, a ANS não teria competência para desenvolver projetos ou assinar termos de cooperação com BNDES envolvendo projetos de hospitais privados, sem que, ao menos, estes estejam ligados a operadoras.
Macroprojeto 3.2	Buscar tratamento no mínimo isonômico em relação a outras cadeias produtivas e política de financiamento por parte do BNDES para a expansão da infraestrutura, pois a saúde deve ser entendida como polo indutor do desenvolvimento econômico e social.	(Cont.Justific.II) Dados do mercado demonstram que as taxas per capita das internações cirúrgicas, cirurgias bariátricas, exames de ressonância magnética e tomografias computadorizadas são bem mais altas na saúde suplementar do que no SUS. O mesmo vale para procedimentos realizados por vídeo laparoscopia.	6229	FE - O correspondente item da agenda regulatória anterior foi encerrado sem a viabilização do projeto. Ademais, a ANS não teria competência para desenvolver projetos ou assinar termos de cooperação com BNDES envolvendo projetos de hospitais privados, sem que, ao menos, estes estejam ligados a operadoras.

<p>Macroprojeto 3.3</p>	<p>Buscar maior Integração Público/Privado. Construção de parcerias e ações integradoras para promover melhorias na saúde pública e privada. Sugere-se viabilizar o Cartão Único e o Prontuário Eletrônico Único do Cidadão.</p>	<p>Esta integração promoverá melhorias na saúde pública e privada.</p>	<p>6230</p>	<p>JC - Está em curso a flexibilização das regras do sistema de informação de beneficiários - SIB/ANS, cujo objetivo é simplificar a sua operação visando a integração dos dados cadastrais dos beneficiários da saúde suplementar com outros bancos nacionais, a exemplo do Cartão Nacional de Saúde – CNS e o Cadastro Pessoas Físicas – CPF. Além disto, com a entrada de dados por meio da Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes à prestação de serviços na saúde suplementar será possível conhecer uma parte importante que até agora não desconhecida e totalmente dispersa. Esta estruturação poderá resultar na redução de custos administrativos e pavimentam o caminho para que, no futuro, seja possível a implantação do registro eletrônico em saúde – RES. Não resta dúvida que o prontuário eletrônico único do cidadão é um objetivo a ser perseguido, pois se constitui na verdadeira integração dos dados de saúde do cidadão. Dentre os produtos esperados com o fim da redundância e do desperdício de exames e outros procedimentos destaca-se o aumento da capacidade de investimento na qualidade assistencial o que, por sua vez, contribui para estimular a concorrência no setor. Desta forma, o engajamento em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças será muito mais atraente tanto para as operadoras quanto para os beneficiários uma vez que seus resultados ganharão visibilidade, controle e publicidade.</p>
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Macroprojeto 3.3</p>	<p>Estimular o acesso às informações clínicas dos pacientes, incluindo resultados de exames, sejam estes realizados na Saúde Suplementar ou no SUS</p>	<p>Isto propiciaria: A. Redução da redundância de exames e desperdício de recursos; B. Melhor capacidade de gerenciamento de doenças crônicas; C. Incremento nos programas de Promoção de Saúde (Promoprev), para melhorar os mecanismos de estímulo ao engajamento nesses programas.</p>	<p>6231</p>	<p>JC - Está em curso a flexibilização das regras do sistema de informação de beneficiários - SIB/ANS, cujo objetivo é simplificar a sua operação visando a integração dos dados cadastrais dos beneficiários da saúde suplementar com outros bancos nacionais, a exemplo do Cartão Nacional de Saúde – CNS e o Cadastro Pessoas Físicas – CPF . Além disto, com a entrada de dados por meio da Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes à prestação de serviços na saúde suplementar será possível conhecer uma parte importante que até agora não desconhecida e totalmente dispersa. Esta estruturação poderá resultar na redução de custos administrativos e pavimentam o caminho para que, no futuro, seja possível a implantação do registro eletrônico em saúde – RES. Não resta dúvida que o prontuário eletrônico único do cidadão é um objetivo a ser perseguido, pois se constitui na verdadeira integração dos dados de saúde do cidadão. Dentre os produtos esperados com o fim da redundância e do desperdício de exames e outros procedimentos destaca-se o aumento da capacidade de investimento na qualidade assistencial o que, por sua vez, contribui para estimular a concorrência no setor. Desta forma, o engajamento em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças será muito mais atraente tanto para as operadoras quanto para os beneficiários uma vez que seus resultados ganharão visibilidade, controle e publicidade.</p>
-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eixo Estruturante 2	A sustentabilidade não pode ser vista apenas na dimensão operadora-beneficiário, mas deve ser entendida ao longo de toda a cadeia do setor de saúde.	Quando a ANS, em sua agenda regulatória, define que o Grande número de operadoras com dificuldades econômico-financeiras (elevada sinistralidade) é o problema fundamental da sustentabilidade no setor, conforme figura 2 da exposição de motivos, ocorre a omissão dos demais elos da cadeia. Apesar de enormes ganhos de eficiência, e de taxas de ocupação elevadas, muitos prestadores estão com dificuldades financeiras também.	6233	PA - Em implementação. A sustentabilidade do setor tem sido abordada pela ANS em um escopo mais abrangente, sendo o caso, por exemplo, das normas de contratualização editadas no final de 2014, que trazem a previsão de reajuste para prestadores de serviço, programa de qualificação de prestadores e operadoras, projetos para implementação de novos arranjos assistenciais e novas formas de remuneração e financiamento do setor. Importante ressaltar que a ANS vem se empenhando em apresentar à sociedade normas e critérios mais claros que tratem da qualidade dos serviços prestados, bem como que possibilitem à sociedade ter conhecimento sobre os custos envolvidos no setor.
Eixo Estruturante 3	Entende-se como necessário, para uma integração efetiva com o SUS, incluir como macroprojeto a integração de dados de produção assistencial da saúde suplementar e serviços públicos.	Tal medida possibilitará o desenvolvimento de estatísticas populacionais de saúde para subsidiar o planejamento e execuções públicas e privadas de saúde, agregando eficiência ao sistema e melhores condições de acesso da população.	6234	PA - A agenda regulatória está organizada em eixos centrais para o desenvolvimento do setor e macroprojetos. A sugestão apresenta uma ação específica, que pode ser contemplada no macroprojeto 3.3. Entretanto, cabe informar que a proposta já se encontra em desenvolvimento conjunto entre a ANS e a SAS/MS, como atividade para implantação do Registro Eletrônico de Saúde (RES).

Eixo Estruturante 1	Na exposição de motivos, o diagnóstico da agência, ao considerar que o modelo hospitalocêntrico é um dos fatores limitadores de acesso aos serviços de saúde, deve ser retificado.	Não há dúvidas de que é preciso rever o papel atual do hospital como principal local de atendimento primário e ambulatorial e passar para um novo modelo, no qual os hospitais ajam como efetivos coordenadores de redes de atendimento, que incluam o atendimento primário. O papel atual não significa, no entanto, uma restrição de acesso. Esta ocorre, primordialmente, por conta do modelo de negócios das operadoras de planos de saúde, pouco voltado para promoção da saúde e prevenção de doenças.	6235	<p>FE - A ANS tem buscado estimular as operadoras a repensarem a organização dos sistemas de saúde que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos e baseado na demanda espontânea, para um Modelo de Atenção Integral à Saúde.</p> <p>Com esse intuito formulou políticas de regulação indutoras, como Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Vem incentivando a reestruturação do processo de produção do cuidado e a rediscussão das formas usuais de organização dos serviços de saúde, bem como, vem estimulando a integração das ações da atenção primária com a atenção de maior complexidade.</p>
Eixo Estruturante 1	Embora a qualidade seja parte do título do eixo, fala-se pouco dela no diagnóstico do problema. É necessário abordar com mais profundidade a questão da qualidade assistencial e incluir explicitamente a questão da acreditação.	A Qualidade Assistencial deve ser parte de qualquer análise sobre restrição de acesso. Esta não ocorre apenas por negativas de cobertura e por diminuição de rede. As operadoras, buscando preços menores, contratam prestadores de serviço de saúde com baixa qualidade, restringindo o acesso a um atendimento adequado à saúde. É necessário tratar da questão da qualidade do prestador, e dar a devida ênfase a temas como acreditação - a alternativa é um contínuo decréscimo na qualidade do atendimento.	6236	<p>AC - Será levada em consideração a questão da qualidade dos prestadores no diagnóstico, seja pela acreditação ou pela escolha por parte das operadoras. Adicionalmente, as questões acerca do fator de qualidade e sua composição no reajuste de prestadores está sendo discutidas em Grupo Técnico. o programa de qualificação dos prestadores também está sendo reestruturado e amplamente discutido.</p>

Macroprojeto 1.1	Nos macroprojetos, considera-se que tratar de Remodelagem de prestação de serviços na saúde suplementar, com foco na qualidade é algo excessivamente amplo. Não é possível saber, por exemplo, se isto inclui uma mudança no modelo de remuneração ou se será algo restrito ao modelo assistencial, ou, ainda, que tipo de remodelagem será feita.	Para que haja maior previsibilidade nas ações da ANS, seria importante que a Agência esclarecesse que tipo de remodelagem a agência tem em vista - e se ela inclui, por exemplo, mudanças ao modelos de remuneração e modelo assistencial.	6237	JC - A agenda regulatória está organizada em eixos centrais para o desenvolvimento do setor e macroprojetos. A ANS estabelecerá, de acordo com as suas atribuições, quais serão as ações específicas consideradas na execução e operacionalização de cada macroprojeto. A sugestão se insere no Macroprojeto "remodelagem de prestação de serviços na saúde suplementar, com foco na qualidade".
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Eixo Estruturante 2</p>	<p>Abertura de consulta pública para revisão do processo de comercialização de planos no que tange à documentação necessária.</p>	<p>O processo atual de comercialização dos planos exige muita documentação impressa. Sugere-se a abertura de consulta pública para revisão desse processo, buscando deixá-lo mais ágil com a utilização de tecnologias digitais e transações online.</p>		<p>Quanto à tramitação de documentos, informo que a implantação do SEI irá contribuir diretamente na agilização na troca de documentos e informações tanto do público interno quanto externo. Estamos na fase inicial, obtivemos os códigos fonte para baixar o sistema, para depois a TI realizar as análises necessárias. Em seguida, daremos início ao projeto piloto, uma vez que já faz parte do planejamento da ANS a implantação do Sistema Eletrônico de Informação</p>
<p>Eixo Estruturante 2</p>	<p>Promover maior atenção à temática concorrencial</p>	<p>Promover um estudo sobre as possíveis barreiras à entrada que possam estar contribuindo para a redução do número de operadoras em funcionamento no País.</p>		<p>FE - O item envolveria três diretorias. Entretanto, creio que a agenda deste triênio tem um objetivo mais executivo e menos acadêmico e a sugestão proposta é de estudo.</p>

Eixo Estruturante 2	Promover a melhoria da qualidade regulatória	Proceder à realização de Análise de impacto regulatório para edição de normas levando-se em consideração os impactos concorrenciais.		PA - Pode ser melhor estudado pela DIOPE, haja vista a introdução de avaliações de mercados relevantes no âmbito das análises da DIOPE. Importante porém destacar que a ANS trata da solvência de operadoras.
Eixo Estruturante 2	Promover a melhoria da qualidade regulatória	Proceder à realização de Análise de impacto regulatório para edição de normas como a do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e assistência ao parto (consultas públicas 55 e 56)		Revisão pela área técnica

### LEGENDA

<b>ACATADO</b>	AC	
<b>PARCIALMENTE ACATADO OU JÁ CONTEMPLADO</b>	PA	JC
<b>NÃO ACATADO</b>	NA	
<b>Não se aplica ou FORA DO ESCOPO</b>	NSA	FE