

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Relatório

Participação social
Audiência Pública nº 26
Tomada Pública de Subsídios nº 01/2022

Agenda Regulatória
2023 – 2025

Dezembro de 2022
Coordenadoria de Qualidade Regulatória
Gerência de Planejamento e Acompanhamento
COQAR/GPLAN/SECEX/PRESI

Participação social

Audiência Pública nº 26 e Tomada Pública de Subsídios nº 01/2022

Agenda Regulatória 2023-2025

Com intuito de fortalecer a participação social, possibilitando às partes interessadas opinarem quanto à definição da pauta estratégica da Agência Nacional de Saúde Suplementar para os próximos três anos, foi realizada, entre os dias 19/09 e 18/10/2022, a Tomada Pública de Subsídios nº 01/2022. No total, 23 entidades e 2 contribuintes individuais enviaram 281 contribuições, posteriormente agrupadas em 177 para avaliação interna.

Em seguida, nos dias 29 de novembro e 13 de dezembro de 2022, foi realizada a Audiência Pública nº 26 para ampliar o debate sobre a Agenda Regulatória 2023-2025.

A quase totalidade das contribuições recebidas na audiência já havia sido registrada na TPS. Análise elaborada pela GPLAN identificou 13 novas sugestões, totalizando 190 contribuições para avaliação interna cujos dados estatísticos serão apresentados a seguir.

A íntegra das contribuições analisadas, bem como a respectiva manifestação da ANS, apresentadas de acordo com a lógica de elaboração da Agenda Regulatória 2023-2025 (Tema Regulatório, Agenda de ARR e Estudo preliminar) estão dispostas no Anexo I do presente Relatório.

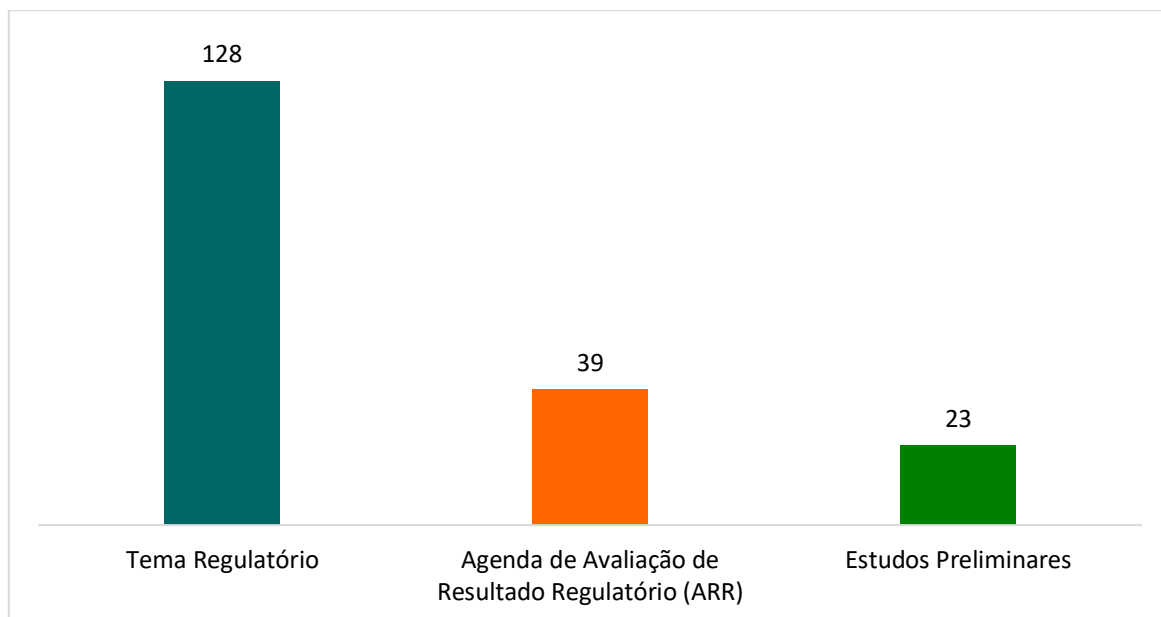
Informações específicas sobre a Tomada Pública de Subsídios nº 01/2022 podem ser localizadas no Anexo II, bem como no relatório disponível para consulta em https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/tomada-publica-de-subsidios-tps/relatorio_final_tps_agenda_regulatoria_2023-25.pdf/

Dados estatísticos sobre as contribuições recebidas

Contribuições por tipo de contribuinte



Contribuições por temática/seção da Agenda



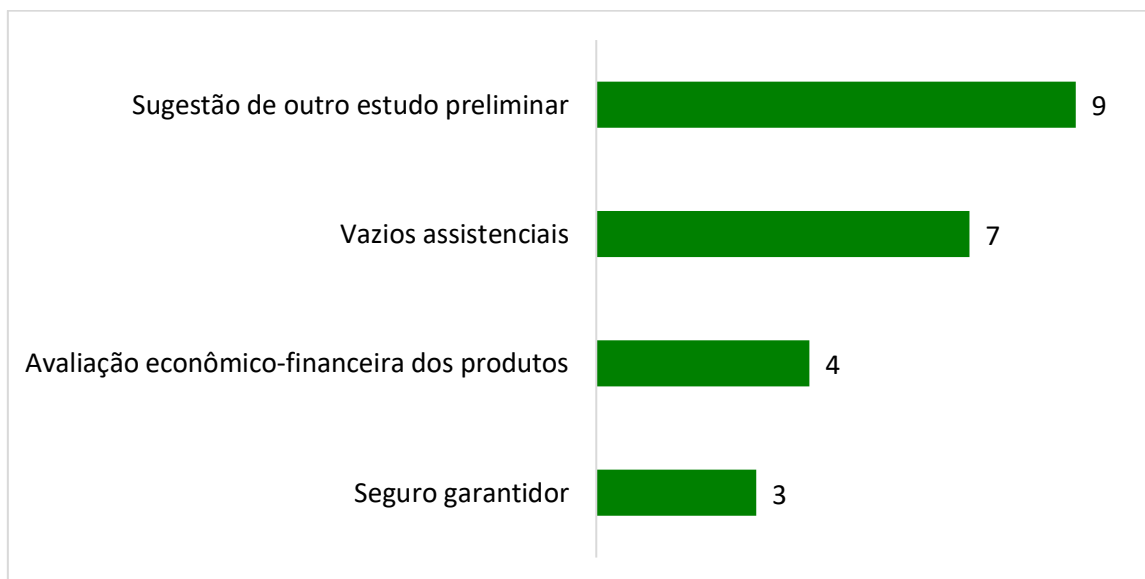
Contribuições por Tema Regulatório



Contribuições por Agenda de ARR



Contribuições por Estudos Preliminares



Este documento relata os resultados de duas importantes etapas do processo de formulação da nova agenda regulatória a partir da consulta às partes interessadas: tomada pública de subsídios e audiência pública. O alinhamento com o que é considerado boas práticas nesse processo de construção tem o intuito de garantir maior transparência e previsibilidade, possibilitando ainda o acompanhamento pela sociedade dos compromissos preestabelecidos pela Agência.


O resultado desse trabalho, que contou também com um robusto processo interno de construção com realização de oficinas com as diretorias e consulta interna com servidores e demais trabalhadores da agência, apresenta um conteúdo com potencial de aproveitamento ao longo do processo de execução da agenda e garantiu, assim, que todas as partes interessadas pudessem opinar na definição da pauta estratégica da Agência para os próximos três anos.

Anexo I

Contribuições

A íntegra das contribuições analisadas, bem como a respectiva manifestação da ANS, apresentadas de acordo com a lógica de elaboração da Agenda Regulatória 2023-2025 (Tema Regulatório, Agenda de ARR e Estudo preliminar).

Tema Regulatório


	<p>Melhoria do relacionamento entre operadoras e beneficiários</p>	<p>Estimular os entes regulados a melhor desempenhar suas funções no relacionamento com o usuário . Pretende-se avaliar incentivos às operadoras e administradoras de benefícios a resolver demandas de beneficiários em fase prévia à intervenção do Órgão Regulador, por meio da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, prevenindo o registro de reclamações, que, em tese, poderiam ser evitadas. Avaliação quanto a gradação de incentivos conforme comportamento da operadora não apenas no que se refere à taxa de Resolutividade NIP, mas que considere também aspectos que antecedem o rito.</p>
---	--	--

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>A melhora do relacionamento entre operadoras e beneficiários passa por uma verdadeira mudança de paradigma do setor regulado e de práticas de mercado como um todo. Para a futura AIR, é necessário que eventuais incentivos direcionados às operadoras, como também a avaliação de contato e solução de problemas junto ao consumidor, levem em consideração o Código de Defesa do Consumidor (CDC), pois, na essência, os planos privados de assistência à saúde são contratos de consumo. Os seguintes pontos, dentre outros, poderiam ser analisados na AIR: 1) quais são as principais reclamações dos consumidores no que tange ao relacionamento com a operadora? 2) as operadoras observam a legislação consumerista no seu contato junto aos usuários? 3) o prazo de resposta ao consumidor foi adequado? Para além dos questionamentos sobre o CDC, este contribuinte avalia que o número de reclamações, em especial no que se refere à cobertura, poderia diminuir diante da ampliação do horário de atendimento dos canais de atendimento tanto das operadoras quanto da ANS para além do limite comercial. Uma das maiores dificuldades dos usuários é resolver problemas relacionados às negativas de cobertura e às situações de urgência e emergência que ocorrem fora do horário comercial, quando os canais de atendimento já contam com restrições e limitação de horário. O contribuinte ressalta que essa infraestrutura já está disponível na comunicação entre prestadores e operadoras, para a realização de autorizações de procedimentos.</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento da elaboração da AIR. Ademais, está sendo discutida internamente a revisitação da RN 489/2022.</p>
<p>Coibir a abertura de NIP por terceiros não autorizados pelo beneficiário, por meio da exigência de apresentação da ciência e do consentimento expresso do beneficiário (titular dos dados) para o representar com esta finalidade junto à ANS, fazendo jus ao Direito de Petição previsto na Constituição Federal, mas sem ofender direitos fundamentais de privacidade e sem estímulo à fraude.</p>	<p>Tema está sendo objeto de discussões internas e melhorias/ajustes em normativos e em scripts/telas relacionados ao atendimento. Para além disso, a temática está inserida direta ou indiretamente no que foi estabelecido pela diretoria para sua agenda regulatória.</p>

<p>Contar com o apoio da ANS na comunicação com os beneficiários para divulgar, de forma acessível e clara, no portal de abertura da NIP, as práticas regulatoriamente recomendáveis e adequadas (ex.: junta médica, reembolso nos limites do contrato, uso consciente do plano, entre outros).</p>	<p>Temática está inserida no que foi estabelecido para o tema regulatório. A ANS encontra-se em constante aprimoramento das informações que constam do portal, ampliação do Programa Parceiros da Cidadania e campanhas educativas.</p>
<p>É fundamental rever normas, fluxos e sistemas internos de relacionamento entre operadoras e beneficiários para aprimorar o sistema de mediação da NIP. São importantes os mecanismos que qualifiquem o instrumento no que diz respeito ao atendimento, relacionamento e redução de seu desvirtuamento; medidas de investimento em comunicação e exigência de prévia submissão a canais de atendimento da operadora. É necessário o alinhamento interno na ANS para que as análises dos fiscais convirjam em casos similares e harmonizar os entendimentos das diretorias para que não impactem na relação da operadora com seus beneficiários. Sugere-se rever as regras que permitem a abertura de reclamações: por terceiros; sem registro prévio na operadora (protocolo); sem procuração, e; com absoluto desvio de finalidade do instituto. A RN 483/2022 dispõe que para registro da reclamação deverá ser apresentado o protocolo gerado pela operadora, sendo dispensado no caso de urgência/emergência. Caso haja alegação de que a operadora não forneceu o protocolo ou não foi possível de qualquer forma obtê-lo, alguns elementos mínimos devem ser apresentados. Porém, a inobservância desses requisitos não impede o registro da demanda e isso tem estimulado que demandas sejam abertas tendo a ANS como 1ª instância, sem que o beneficiário ou seu interlocutor tenha acessado os canais de comunicação das operadoras (SAC e ouvidoria). Ocorre principalmente nos casos em que o próprio prestador é o interlocutor de beneficiário. Há situações também em que o prestador abre a demanda sem conhecimento do beneficiário. Uma medida adequada seria a exigência de login e senha para registrar a demanda e do protocolo de tratativa anterior junto às operadoras. Isto estimularia o beneficiário a dirimir suas dúvidas e questões com os canais de atendimento das operadoras (SAC e ouvidoria), deixando a ANS como instância final. Solicita-se a revisão da pontuação da operadora no IDSS, na intervenção fiscalizatória e no monitoramento assistencial. Quando um auto de infração é arquivado, a operadora mantém seus indicadores comprometidos em função da lavratura. Ainda em relação ao tema de relacionamento, imperioso considerar os impactos da pandemia no processo de aceleração do desenvolvimento e utilização de novas tecnologias de comunicação entre beneficiário e operadora. O Decreto 11.034/22, que regulamentou a Lei 8.078/1990 (CDC) para estabelecer diretrizes e normas sobre o SAC, foi recentemente atualizado para contemplar a integração dos canais de atendimento. No entanto, as regras previstas na RN 395/2016 abarcam somente o atendimento pela operadora de solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial, e requerem também atualização para harmonia e segurança do mercado. A proposta é revisá-la para contemplar regras de atendimento para todas as solicitações de beneficiários, com inclusão das não assistenciais e de revisão de prazos. Na mesma linha, vale atualizar a RN 323/2013, que regula as Ouvidorias, para que possam operar com prazos e fluxos sintonizados com os demais canais de relacionamento. Outro destaque neste tema se refere ao atendimento dos prazos da RN 259/2011, considerando a mudança no processo de atualização do Rol, com incorporações que exigem a cobertura imediata. Nesse sentido, por repercutirem em rede (identificar quem realiza, documentação de qualificação técnica e negociações de valores), demandam algum tempo, além de adequações em fluxos internos. Propõe-se nesse sentido a revisão dos prazos de garantia de atendimento para os procedimentos previstos no Rol. Por fim, ressalta-se a importância de prosseguir com a avaliação da proporcionalidade das multas no segmento odontológico iniciada pela ANS a pedido das entidades representativas das operadoras odontológicas.</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento da elaboração da AIR. Ademais, está sendo discutida internamente a revisão da RN 489/2022.</p>

<p>É imprescindível que o órgão regulador respeite, de fato, as centrais de atendimento (presencial e telefônico) e as ouvidorias das operadoras, exigindo que antes da abertura de NIPs o ciclo do beneficiário se complete dentro da própria estrutura administrativa oferecida pela operadora. Enquanto a ANS permitir a abertura de NIPs aleatoriamente ou com simples preenchimento de supostos protocolos, não estará estimulando a melhoria do relacionamento entre operadora e beneficiário. Ademais, a ANS deveria possuir mecanismos que filtre a abertura indiscriminada de NIPs, uma vez que ela mesma exige central de atendimento e ouvidoria estruturadas. Por fim, a agência deve-se posicionar em relação a tratamentos solicitados fora rol de procedimentos, já que certamente esse tipo de demanda afetará sensivelmente o relacionamento entre operadoras e beneficiários e a própria ANS.</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento da elaboração da AIR. Ademais, está sendo discutida internamente a revisão da RN 489/2022.</p>
<p>Estabelecer a regra de abertura de NIP pelos beneficiários por meio do login e senha unificado do Gov.br (níveis ouro, prata e bronze) como forma de evitar fraudes.</p>	<p>A expectativa é que a medida seja implementada ainda em 2022. Restou avançado pela diretoria colegiada da ANS a adoção do padrão prata.</p>
<p>Estabelecer critérios para abertura de NIP que prestigie os canais de atendimento da operadora – Ouvidoria e SAC, permitindo que a ANS atue nos casos em que esses canais não forem suficientes para sanar as dúvidas e reclamações dos beneficiários. Avaliar as alterações normativas pertinentes para atender ao Decreto 11.034, de 2022 que estabelecem novas diretrizes sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor, inclusive quanto a expressar a não incidência nas autogestões por força da Súmula STJ 608 e alterar regras que não estão compatíveis (como o cancelamento do beneficiário poder ter data acordada diversa do imediato, nos termos do Decreto, e que hoje não há respaldo pela RN 412).</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento da elaboração da AIR. Ademais, está sendo discutido internamente a revisão da RN 489/2022.</p>
<p>Estimular os entes regulados a melhor desempenhar suas funções no relacionamento com o usuário. Pretende-se avaliar incentivos às operadoras e administradoras de benefícios a resolver demandas de beneficiários em fase prévia à intervenção do Órgão Regulador, por meio da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, prevenindo o registro de reclamações, que, em tese, poderiam ser evitadas. Nesse sentido é necessário em primeiro lugar fazer a correção do texto do § 7º do Art. 6º da RN 483 de 29 de março de 2022. (§ 7º A inobservância do disposto nos §§ 5º e 6º desse artigo não será impeditivo para registro da demanda), o que está sendo considerado no § 6º, já que, o mesmo não existe neste artigo. Ademais, o §3º Para o registro da demanda de reclamação, deverá ser apresentado o número de protocolo gerado pela operadora em seus serviços de atendimento, este deveria ser o ponto inicial para abertura de uma NIP, ou seja, o beneficiário só poderá registrar a NIP, mediante protocolo apresentado pela operadora o que irá garantir que a OPS não resolveu a demanda deste cliente. Muitas vezes a OPS só toma conhecimento de algum conflito quando recebe uma NIP (Caso de problemas com prestadores). Já vi casos de NIP aberta por falta de recebimento do boleto de pagamento, ou seja, a operadora enviou conforme determina a Lei, o Correio entregou dentro do prazo, porém quem recebeu o boleto extraviou o documento. Isso claramente nunca deveria ter ser motivo de NIP, ora, o cliente solicita uma segunda via e faz o pagamento. Em resumo, a aplicação do § 7º do Art. 6º anula completamente o §3º.</p>	<p>Tema está inserido direta ou indiretamente no que foi estabelecido pela diretoria para sua agenda regulatória. Para além disso, a temática está dentro do tema estabelecido pela diretoria para sua agenda regulatória.</p>
<p>Observar os prazos de respostas previstos na RN 395/16 como requisito para abertura de NIP assistencial.</p>	<p>Contribuição de mérito alinhada ao que foi estabelecido no tema regulatório.</p>
<p>Prestigiar os canais internos das operadoras (Ouvidoria e SAC) por meio de estabelecimento de critérios para abertura de NIP e atuação da ANS nos casos em que tais canais não tenham sido satisfatórios para esclarecer ou resolver as dúvidas e demandas dos seus beneficiários, bem como qualificando a reclamação por meio de exigência de protocolo junto a operadora.</p>	<p>Contribuição de mérito alinhada ao que foi estabelecido no tema regulatório.</p>

<p>Proposta ABRAMGE: 3º tri/2023 - Revisar o modelo de Monitoramento da Garantia de Atendimento atual (mantendo apenas as demandas direcionadas aos Núcleos da ANS no cômputo) - Exclusão das demandas classificadas como “Reparação Voluntária e Eficaz” (RVE), inativas, não procedentes, deixando de utilizar o número absoluto de ocorrências, objetivando um índice que retrate de maneira mais eficiente a qualidade e resolutividade dos atendimentos prestados pelas operadoras. Reforça esse pleito o fato de que são computadas hoje NIP inativa direcionadas equivocadamente para a operadora, ou seja, casos em que o beneficiário não está vinculado àquela operadora.</p>	<p>Contribuição para aperfeiçoamento de normativo que será encaminhada para a área técnica competente.</p>
<p>Sugere-se: 1) estimular operadoras a desenvolverem e cadastrarem na ANS programas de mediação de conflito, prévio ao cadastro da demanda de reclamação pelo usuário. Nestes casos, tais serviços poderiam ser ofertados no ato da procura da Agência pelo consumidor, informando o número de registro da Operadora, gerando opção de prosseguimento do cadastro da reclamação caso o contato prévio já tenha sido realizado e não tenha sido obtida solução, com a respectiva informação do protocolo gerado por sua operadora. Tal medida seria similar ao estímulo hoje já oportunizado pelo SNDC na plataforma consumidor.gov. Ex. https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/empresas-participantes, mas com acompanhamento da efetiva resolução do problema. Caso isso não ocorresse, haveria a retomada imediata do procedimento regulatório por parte da ANS; 2) avaliar a possibilidade de instituir parceria entre a ANS e os CEJUSC (Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania), a fim de desenvolver conhecimento e estimular mediações e conciliações de demandas judiciais, buscando reduzir a judicialização e resolver de maneira mais célere o problema que gerou a reclamação do consumidor. Os Centros poderiam, inclusive, informar aos demandantes sobre os canais da ANS para resolução preliminar de demandas, como a NIP, visando à diminuir as demandas da Saúde Suplementar em Juizados Especiais Estaduais; 3) a proposta de AIR deve levar em conta as informações já existentes acerca dos motivos de reclamação, o prazo de resposta e solução efetiva da situação reclamada, bem como informações relativas ao uso dos canais de ouvidoria das próprias operadoras, a partir das avaliações da Ouvidoria da ANS.</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento da elaboração da AIR. Ademais, sobre a menção a unidades como CEJUSC, a ANS vem ampliando anualmente o número de acordos de cooperação técnica com tribunais estaduais visando maior intercâmbio de informações.</p>

	<p>Simplificação da situação do produto</p>	<p>Aprimorar o processo de alteração de registro de produtos permitindo que as próprias operadoras façam o pedido de suspensão e reativação de comercialização, de cancelamento de registro e de alteração de nome de seus planos de saúde.</p>
---	---	---


CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>Aviso prévio para que a Operadora possa se manifestar sobre o status dos produtos, previamente a seu cancelamento e, se necessário for, elaborar justificativa.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento de elaboração da AIR.</p>
<p>Modernizar o sistema da ANS no espaço da operadora para o processo de gerenciamento das operadoras sobre a mudança do status dos produtos junto a ANS, permitindo a apresentação de esclarecimentos e justificativas pelos regulados de forma célere.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento da elaboração da AIR.</p>
<p>Permitir maior flexibilização das regras de alteração de produtos, evitando registros e custos desnecessários, tal como a permissão de registro de um produto com área de atuação em diversos municípios, mas com a definição em contrato do município vinculado à contratação.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento de elaboração da AIR.</p>

<p>Possibilitar o registro de produtos mistos para planos médico-hospitalares tal como é permitido, por exemplo, para os planos odontológicos. 2º TRI/2023</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento de elaboração da AIR. Prazos de acordo com a capacidade institucional de execução.</p>
<p>Proposta ABRAMGE AIR para o 2º TRI/2023. Possibilitar o registro de produtos mistos para planos médico-hospitalares tal como é permitido, por exemplo, para os planos odontológicos.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento de elaboração da AIR.</p>
<p>Proposta ABRAMGE: 4º tri/2023 - Permitir maior flexibilização das regras de alteração de produtos, evitando registros e custos desnecessários, tal como a permissão de registro de um produto com área de atuação em diversos municípios, mas com a definição em contrato do município vinculado à contratação.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento de elaboração da AIR.</p>
<p>O aprimoramento previsto é importante do ponto de vista regulatório, e no que diz respeito à AIR pretendida sugere-se que os aspectos relativos à garantir a manutenção dos direitos do consumidor seja observada como norte principal. Assim, uma simplificação no processo de registro não deve permitir que haja mera substituição de produtos por outros que tragam riscos como restrição de coberturas, diminuição da oferta de serviços, cancelamento ou suspensão compulsória de contratos como resultado da substituição de um produto por outro, bem como evitar a subsegmentação ou segregação de usuários por faixa etária ou condição de saúde. Dados prévios acerca do comportamento das operadoras quanto ao registro de seus produtos devem ser considerados na AIR pretendida, como um comparativo entre produtos cancelados e eventuais substitutos lançados pelas operadoras, no que diz respeito aos eventuais ganhos ocorridos para os agentes da saúde suplementar - operadoras, prestadores e contratantes, visando a avaliar se o comportamento das operadoras reflete melhorias ou apenas trazem um "novo produto" que significa redução ou perda de serviços.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração do AIR.</p>

<p>Revisão da RDC 28/2000 e RN 85/2004. Em relação a Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP), a FenaSaúde entende que a regulação poderia ser alterada de forma a facilitar a operacionalização do envio e sua manutenção, além de trazer mais transparência ao cálculo atuarial. A inclusão de campos como data de vigência do produto, a declaração de modelos de remuneração utilizados na precificação e subgrupos de registro flexibilizariam a sua inclusão e manutenção. A inserção de elementos que dão mais transparência ao cálculo atuarial, tais como: impacto do fator moderador, do modelo de remuneração, além da inclusão de múltiplos de reembolso dariam maior transparência ao cálculo. Além da NTRP, o registro de produtos poderia incorporar alterações para flexibilizar a manutenção e negociação do produto, tais como a permitir o ingresso de beneficiários em contratos já vigentes, em produto com comercialização suspensa, permanecendo a operadora obrigada a garantir a cobertura aos beneficiários vinculados ao plano e aos que vierem a ser incluídos nos contratos firmados. Permitir a ampliação da cobertura contratada e a alteração do prazo de cancelamento definitivo de produtos sem beneficiários também seria relevante. O lapso de 180 dias produz impacto operacional e financeiro. Para os casos de cancelamento definitivo, que a ANS comunique a operadora com 30 dias de antecedência. Ainda no registro de produtos, algumas informações não deveriam ser características essenciais permanecendo apenas no contrato: informações de acesso a livre escolha, fator moderador, formação do preço e os serviços e coberturas adicionais. Para fiscalização, as informações poderão ser requisitadas através do contrato, além de existirem em sistemas da ANS. Nos materiais de comercialização, divulgação e publicidade poderiam ser utilizados o nome comercial, desde que mantido nos documentos obrigatórios (proposta e contrato) o nome de registro na ANS. Rever as condições dos vínculos dos beneficiários nos planos coletivos, devendo os participantes dos contratos coletivos empresariais estarem abrangidos pelo mesmo conceito. Como é assegurado o direito de permanência dos beneficiários contributários no contrato, independente da modalidade do produto ser por “rateio” ou “custo operacional”, tal informação é desnecessária no contrato.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito e será avaliada quando do estudo preliminar de análise econômico-financeira dos produtos.</p>
--	--

<p>A simplificação da situação dos planos de saúde é um tema recorrente, mas muito sensível e a futura AIR sobre o tema deve ponderar riscos de retrocesso ao autorizar posturas unilaterais das operadoras quanto a pedidos de suspensão, reativação e cancelamento do produto. Propostas passadas de simplificação dos produtos já foram rechaçadas, por serem prejudiciais aos usuários e aumentarem o risco de judicialização. Em relação à suspensão e cancelamento do contrato, alterações unilaterais pelas empresas não devem ser facilitadas. As normas de orientação dos produtos devem estar atreladas a uma política que evite a redução ou negativa de oferta, já que deixar de oxigenar as carteiras pode ser interessante para a operadora que queira se livrar de uma carteira adoecida ou envelhecida, especialmente no caso de planos individuais, em que a operadora não pode cancelar imotivadamente. Eventual normativa que facilite a redução da oferta de um determinado produto deve levar em consideração a intenção da operadora de extinguir paulatinamente uma determinada carteira, uma vez identificados casos de doenças custosas e caras, promovendo uma seleção posterior dos usuários. O mesmo pode acontecer em planos que desejem mudar seu modelo de negócio, renunciando a planos individuais e ofertando exclusivamente planos coletivos. O impacto desta decisão sobre a oxigenação da carteira de individuais deve ser considerado. E processos que facilitem a retirada desses produtos no mercado não devem ser encorajados. Essa prática, de redução de oferta de produtos melhor regulados, é preciso dizer, é abusiva nos termos do art. 51 CDC e da Lei nº 9.656/98, bem como ofende o princípio de mutualismo que permeia este mercado, porque promove a seleção adversa do risco, ou seja, permite que a operadora, uma vez identificadas carteiras com muitos tratamentos custosos, possa se abster de prestar a assistência à saúde uma vez descoberta a doença do usuário. Sugere-se que a futura AIR se guie pelas seguintes diretrizes: 1) impossibilidade de subsegmentação de novos modelos de produtos; 2) impossibilidade de restrição de coberturas; 3) vedação da suspensão ou do cancelamento de carteiras envelhecidas e com alta sinistralidade; 4) Não facilitação de processos que culminem em redução da oferta de produtos ao consumidor, 5) abusividade de alterações unilaterais, que culminem em cancelamento ou suspensão do contrato, sem a anuência ou conhecimento do consumidor.</p>	<p>Contribuição de mérito que a será avaliada no momento da elaboração da ARR.</p>
<p>Podermos ter a flexibilização de alteração dos produtos, como área de abrangência, sem que seja preciso criar novo produto, diminuindo custo dessas solicitações.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito e será avaliada quando da análise da simplificação da situação do produto.</p>
<p>Permitir maior flexibilização dos produtos para evitar registros desnecessários, como, por exemplo, poder usar o mesmo produto para o formato pós-estabelecido (independente de ser rateio ou custo operacional), ou para ter fator moderador (independente se franquia, coparticipação ou ambos), para área de atuação (inserir diversos municípios e o contrato definir quais municípios estão vinculados àquela contratação), para ter cobertura adicional (e o contrato especificar quais serão adicionais).</p>	<p>Contribuição de mérito recebida. Será avaliada no momento da análise do tema regulatório em questão</p>
<p>A ANS deveria criar sistema digital para que as operadoras solicitem o pedido de suspensão e reativação de comercialização de produtos, que hoje é feito via ofício (artigo 20-A da IN 23 DIPRO). Ademais, o prazo para esse pedido, antecedência de 30 dias, deve ser encurtado, para prover mais dinamismo ao mercado. Por fim, já existe tecnologia suficiente para que as operadoras possam solicitar alteração de outros dados do produtos e não somente nome comercial e rede.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento da elaboração da AIR.</p>
<p>Colocar a indicação do responsável técnico na nota técnica de registro de produtos. O Decreto-Lei 806/69 e o Decreto 66.408/70 definem que o responsável pelo cálculo do risco futuro é o atuário. Além disso, há necessidade de estabelecer a data de vigência, pois é preciso ter o nome do produto antes de seu lançamento. Em adição, solicitamos que os municípios de cobertura e municípios de venda estejam em único documento, hoje um está na RPS e o outro está NTRP. Outra questão importante é que seja criado um bônus de prevenção, incentivo à prevenção.</p>	<p>Contribuição de mérito que será analisada quando do desenvolvimento da AIR.</p>

Solicita-se que, no registro de produtos, não seja necessário que as operadoras de planos de saúde encaminhem os demais prestadores à rede que não está vinculada ao produto. Manter no registro de produto somente a informação da rede hospitalar que já está vinculada ao produto.	Contribuição de mérito que será analisada quando do desenvolvimento da AIR.
---	---

	Mecanismo de regulação financeira	Avaliação sobre Coparticipação e Franquia especialmente no que se refere aos limites financeiros desse mecanismo de regulação financeira e suas vedações.
---	-----------------------------------	---

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
Adicionalmente, é preciso estudar o estabelecimento de mecanismos de proteção das operadoras como resseguro, seguro stop-loss, franquia agregada anual, dentre outros, frente à imprevisibilidade de coberturas que vem se desenhando antes pelo Judiciário e agora pela lei, de maneira que haja equilíbrio na sua precificação.	Contribuição de mérito que a ANS irá avaliar no momento da análise dos mecanismos de regulação financeira.
Proposta ABRAMGE: 2º tri/2023 - A coparticipação é reconhecidamente um meio eficiente para indução de boas práticas e estímulo ao uso consciente dos recursos da saúde. Diante disso, é necessária a avaliação de mecanismos que possam trazer previsibilidade de custos, proporcionando uma nova dinâmica de mercado para os produtos atuais. Importante retomar os estudos e justificativas usadas na RN 433, que foi revogada e já trazia a coparticipação para 40%, posto que a permissão de cobrança de coparticipação em psiquiatria de 50% já indica que esse percentual não pode ser considerado fator restritivo de acesso. Conferir liberdade entre OPS e estipulante em estabelecer percentuais superiores, desde que pactuado entre as partes e previsto em contrato. Rever as regras da RN nº 433 em especial com relação aos procedimentos isentos de cobrança e aos Limite de Exposição Financeira, os previstos na norma reduzem expressivamente o desconto que incidiria na mensalidade. Por fim, é importante também rever as regras da RN 195, em especial com relação à grupos elegíveis, percentual/valores de coparticipação e reembolso que repercutam no valor da contraprestação, mas sem caracterização de reajuste.	Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento da elaboração da AIR.
A ANS realizou, em 2017, importante discussão sobre os mecanismos de regulação, para a qual a Assetans e o corpo de servidores contribuíram efetivamente em todos os momentos. Sugere-se, de imediato, que todo o material produzido naquele momento seja levado em consideração para a proposta de AIR a ser desenvolvida agora. As contribuições da Assetans foram registradas através de ofícios encaminhados à gestão da ANS - Ofício 002/2017, de 06/03/2017, SIPAR nº 33902.028194/2017-50; Ofício Circular 003/2017, de 22/03/2017, SIPAR 33902.039237/2017-22 e SIPAR 33902.039242/2017-35; Ofício 005/2017, de 02/05/2017, SEI 1402972. Além disso, levando-se em consideração a vedação de financiamento integral do procedimento ou fator restritor severo ao acesso aos serviços, é importante considerar na proposta de AIR a possibilidade de estipular parâmetro para teto máximo de cobrança (ainda que mensal) para procedimentos com coparticipação em regime ambulatorial. Tal sugestão impactará especialmente usuários portadores de patologias crônicas ou que exijam acompanhamento rotineiro, com realização de grande volume de procedimentos. Outra questão a ser considerada é a necessidade de prestação de informações claras, objetivas e em linguagem simples para facilitar o entendimento dos consumidores sobre a existência desses mecanismos nos produtos adquiridos, qual o tipo, sua aplicação com exemplos práticos e valores reais para uma melhor definição na hora da contratação. A ANS poderia, inclusive, disponibilizar mecanismo de simulação em seu site, incentivando também que as operadoras possam vir a adotar esse tipo de ferramenta para que o consumidor esteja de fato esclarecido sobre valores eventuais de aplicação do mecanismo financeiro atrelado ao produto que está adquirindo. Se necessário, e de acordo com as discussões anteriormente desenvolvidas, a AIR poderá indicar a necessidade de	Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração da AIR.

<p>mais discussões sobre o tema antes de uma deliberação final por alteração normativa ou outras medidas indicadas.</p>	
<p>Avaliação sobre Coparticipação e Franquia especialmente no que se refere aos limites financeiros desse mecanismo de regulação financeira e suas vedações - A Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP entende como relevante a revisão dos mecanismos de regulação financeira, especialmente para trazer mais clareza e transparência aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração da AIR.</p>
<p>A Franquia e a Coparticipação são instrumentos criados para inibir o uso dos serviços de saúde pelo usuário. Atualmente, a norma que regula esses mecanismos é a CONSU 8/98, normativa realmente desatualizada, mas que fixa limites importantes para essa utilização, que não podem sofrer retrocessos: (a) Dever de informar clara e previamente ao usuário, inclusive no material publicitário do plano ou seguro, a presença e funcionamento desses mecanismos; (b) Proibição de impliquem o pagamento do valor integral do procedimento pelo usuário e (c) Proibição de que caracterizem fator restritor severo ao acesso aos serviços. Há, ainda, entendimentos internos da ANS no sentido de que percentuais acima de 30% do valor do procedimento caracterizariam fator de restrição severa ao uso. A ANS já tentou, no passado, atualizar essas regras, especialmente quanto aos limites máximos de cobrança (podendo chegar a 60% do valor do procedimento na proposta inicial). Contudo, diversas entidades de consumidores se opuseram aos percentuais máximos propostos, e mesmo a Procuradoria Geral Junto à ANS e a Associação de servidores técnicos da Agência, a ASSETANS, denunciaram problemas na normativa. O parecer PROGE nº 414/2013/GECOS/PROGE-ANS/PGF, entendeu que a franquia seria incompatível com a lei de planos de saúde (lei 9.656/98), porque o art. 1º, I, da Lei só admitiria planos de saúde em que a cobertura assistencial fosse custeada integral ou parcialmente pela operadora, não admitindo um produto em que o usuário custeasse integralmente a cobertura assistencial mesmo que dentro de limite financeiro. A normativa chegou a ser aprovada pela agência, - A RN 433/2018 - mas foi cassada pelo STF, que entendeu que a agência extrapolou sua competência regulamentar, restringindo direitos de usuários onde a lei não permitia. Eventual rediscussão da matéria deve observar os erros do passado cometidos pela Agência e não repetidos. Nesse sentido, a evidência disponível sobre esses mecanismos indica bons resultados em termos de racionalização do uso em percentuais que não superem os 25% do valor do procedimento. Não há evidência de maior racionalização para percentuais acima disso, e o risco de exposição financeira do usuário, bem como de imprevisibilidade do valor da mensalidade, aumentam com percentuais maiores do que esse. Deve considerar, ainda, a previsão clara da responsabilidade de cada ator acerca da (i) prestação do serviço e (ii) dos valores a serem recebidos a título de pagamento. Com esta medida, minimiza-se o campo das incertezas/riscos que lastreiam os seguros e planos de saúde, trazendo-se mais previsibilidade É necessário estabelecer que as operadoras sempre deverão oferecer um plano de referência sem coparticipação. Evita-se dessa forma que as operadoras deixem de comercializar modalidades de planos sem coparticipação tal como ocorreu em relação aos planos individuais. Por fim, este conselho entende que procedimentos cobertos, mas com incidência de franquia e coparticipação feitos no âmbito do SUS devem ser ressarcido no seu valor integral, sem o desconto. Isso porque se a pessoa acessou o sistema público é porque o fator de regulação de uso caracteriza restrição ao invés de racionalização. Não se trata, portanto, de risco moral ou sobreuso, mas de barreira ao acesso, devendo, portanto, o sistema público ser ressarcido por prestar um serviço que era devido ao usuário. Ainda, neste cenário, é necessário a) - normatização própria que estabeleça os limites de cobertura para o segmento, com clareza sobre a participação da operadora e a participação do usuário. b) - indicação expressa de quais coberturas não terão coparticipação ou franquia c) - ampla divulgação da ANS e definição de regras de publicidade e oferta desses planos sobre as diferenças entre um plano coparticipativo e um plano não coparticipativo, com destaque para riscos de diagnóstico tardio ou</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração da AIR.</p>

retardamento de busca de cuidado que uma categoria tem em vantagem da outra	
--	--

<p>De acordo com a proposta da ANS. Os mecanismos de regulação financeira, coparticipação e franquia, contribuem para o uso racional do sistema, fornecem estímulos para maior engajamento dos usuários e são instrumentos eficientes para melhor uso dos recursos escassos do sistema de saúde, tanto públicos quanto privados. Adicionalmente, possuem vasta literatura e experiência internacional e possibilitam a redução das mensalidades e maior acesso. Maior flexibilidade no uso do mecanismo da coparticipação. Nossa proposta é a instituição do conceito de franquia anual agregada, no qual uma parte do risco é assumida pelo beneficiário até determinado limite, estabelecido em contrato, e a outra parte é de responsabilidade da operadora. Importante que o regulador promova maior flexibilidade regulatória para o oferecimento de novos produtos, em linha com os preceitos da lei de liberdade econômica e do livre mercado, sempre respeitando a boa-fé, os contratos, com transparência e informações acessíveis para aumentar as opções aos consumidores sem prejudicar o acesso. Como o beneficiário passa a participar financeiramente quando utiliza o plano, ele passa a ser um fiscalizador interessado nas melhores práticas assistenciais. É importante lembrar que a utilização de fatores moderadores encontra amplo respaldo técnico seja atuarial, por inibir utilização desnecessária, seja econômico, por reduzir a alocação ineficiente de recursos do mercado. Para corroborar com a proposta, ressalta-se a importância do estudo mais conhecido sobre este tema na literatura especializada, realizado nos EUA denominado RAND Health Insurance Experiment. O estudo acompanhou a utilização de 5.800 indivíduos segurados com diferentes níveis de compartilhamento de risco de 1974 a 1982 e analisou custos, utilização e resultados de serviços de saúde, mostrando que os mecanismos de regulação – franquia e coparticipação – reduzem o consumo desnecessário de serviços (risco moral) sem impacto sobre a saúde das pessoas.</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento da análise dos mecanismos de regulação financeira.</p>
<p>Em 2017 a ANS propôs, por meio de consulta pública, a revisão das regras vigentes para franquia e coparticipação em planos de saúde, sugerindo a revogação da Resolução Consu nº 8/98. A avaliação atual sobre tais mecanismos financeiros de regulação deve considerar os pontos já avaliados à época, como também a conclusão do julgamento da ADPF 532, pelo Supremo Tribunal Federal. Ademais, também é necessário lembrar que a função precípua da coparticipação não é custear as despesas assistenciais e assegurar a sustentabilidade econômico-financeira do seguro ou plano de saúde, mas, em realidade, servir como fator de regulação que impediria eventual uso excessivo dos serviços cobertos, prevenindo contra o fenômeno conhecido como risco moral (“moral hazard”), ou seja, sobreutilização do plano. A AIR sobre esse tema deve se guiar pelas seguintes diretrizes: a) Altos percentuais de coparticipação, acima de 25%, representam verdadeira barreira de acesso a procedimentos e não produzem racionalização maior do uso; b) Mecanismos financeiros de regulação devem conter limites de exposição financeira, impedido o endividamento do consumidor; c) É absolutamente necessário produzir regras de publicidade e oferta adequadas ao direito à informação, regulamentado no Código de Defesa do Consumidor (CDC), d) vedação de que os mecanismos financeiros representem o pagamento do valor integral do procedimento, e) estímulo e obrigatoriedade de comercialização de planos individuais, sem mecanismos de regulação. Ademais, considerando a dificuldade do tema e as discussões passadas, sugere-se que a dilação de prazo para a conclusão das análises.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração da ARR.</p>

<p>Desde a revogada RN 433, o setor aguarda regulamentação dos mecanismos financeiros de regulação por parte da ANS. Essa regulamentação deve respeitar a liberdade de contratar das partes, para que a coparticipação e a franquia efetivamente possam reduzir a frequência e custos do setor. Por esse motivo, a Agência deve estimular a contratação de produtos participativos. Para tanto, devem ser liberadas participação para consultas, exames, terapias, atendimentos ambulatoriais e seriados, materiais, medicamentos, contrastes e etc., bem como para internação, inclusive a psiquiátrica, para procedimentos já incorporados e aqueles que vierem fazer parte do rol. Acreditamos que não devem haver limitações de percentuais e valores da participação, devendo o cálculo atuarial estabelecer tetos máximos que não impeçam o acesso do beneficiário à cobertura contratada. O reajuste dos critérios de coparticipação devem ser tratados de forma independente dos reajustes das mensalidades, sem indexação, com permissão das partes negociarem caso a caso, inclusive nos planos individuais-familiares. Nos casos de urgência-emergência deve ser estabelecida participação para aqueles casos que não evoluírem para internação. Para situações em que o beneficiário não comparecer aos procedimentos agendados, dele deve ser permitida cobrança de coparticipação como forma educativa e de valorização da disponibilidade médica. Por fim e diferentemente do que foi tentado na RN 433, não devem ser previstas isenções de coparticipação ainda que em procedimentos preventivos, pois estes fazem parte do custo do plano e possui alta frequência de utilização.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento do estudo do tema regulatório em questão.</p>
<p>Antecipar o AIR para o 1º trimestre de 2023 considerando as disposições da Lei 14.454, de 2022, e a forma de definir os fatores moderadores para as coberturas assistenciais e, até mesmo, o custeio integral do pagamento nos termos da RN 484, de 2022.</p>	<p>A capacidade operacional da Agência torna impossível a antecipação da AIR.</p>
<p>Antecipar o AIR para o 1º trimestre de 2023 considerando as disposições da Lei 14.454, de 2022, e a forma de definir os fatores moderadores para as coberturas assistenciais. Ratificar que a franquia é paga diretamente ao prestador, viabilizando o mesmo entendimento para o sistema misto de pagamento odontológico.</p>	<p>A capacidade operacional da Agência torna impossível a antecipação da AIR.</p>




Proporcionalidade na regulação de solvência e nas regras de ativo garantidor

Análise de simplificação regulatória das regras de ativo garantidores e de solvência, considerando a RN de proporcionalidade.

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>Possibilidade de lastrear com imóveis até 40% dos ativos garantidores.</p>	<p>Será avaliada na rotina de revisão de normas da ANS.</p>
<p>Rever o modelo padrão de cálculo da PIC, tornando-o mais prospectivo e reduzindo grandes oscilações. Além disso, deve-se monitorar o montante requerido a título de PIC pois este é indicativo para a necessidade de rever o modelo de reajuste e de revisão técnica.</p>	<p>Tema em estudo.</p>
<p>Adoção do CPC 25 sem restrições impostas pelo regulador - atualmente a norma ANS restringe a avaliação do CPC 25 para as questões obrigando a provisão de 100% de passivos fiscais independente da efetiva obrigação legal e/ou probabilidade de desembolso futuro.</p>	<p>Esta proposta será avaliada na rotina de revisão de normas da ANS.</p>


<p>Diante do terrível cenário econômico-financeiro que afeta o caixa das operadoras, a Agência precisa reduzir a necessidade de lastro e ativos vinculados a provisões técnicas. O capital baseado em risco não será suficiente. Assim, algumas medidas devem ser implantadas, tais como: Extinção da PIC; Liberação de parte dos ativos garantidores de provisões técnicas para investimentos em recursos de saúde, tais como hospitais, pronto socorros, unidades de atendimento ambulatorial, entre outros; Possibilidade de reavaliação técnica de imóveis administrativos e assistências para assegurar-lhes o real valor de mercado; Liberação da constituição de ativos garantidores para PEONA/SUS; Por fim, que não seja criada mais nenhuma exigência financeira.</p>	<p>A proposta será avaliada na rotina de revisão de normas da ANS.</p>
<p>O único problema que vemos na metodologia da PIC é o looping que se dá no cálculo por causa dos tributos. Para se calcular o tributo precisa da base de cálculo, mas como a base de cálculo inclui a variação da PIC, cada contador calcula de uma forma o que acaba gerando conflitos contábeis.</p>	<p>A ANS estudará a questão.</p>
<p>O método de cálculo da PIC retrospectivo tem praticidade maior, mas com esta metodologia o passado projeta o futuro. O represamento das despesas assistenciais de 2020 e o aumento da sinistralidade repercutiu agora e, por isso, há um comprometimento do resultado da PIC. Outra questão importante é que relação aos hospitais, só os imóveis são dados em garantia e, na maioria das vezes, os equipamentos hospitalares valem muito mais.</p>	<p>Estamos pensando em aumentar o período da média-móvel no cálculo da PIC. Não se trata de um problema da metodologia, o que aconteceu é que, devido a um caso extraordinário (a pandemia), o cálculo da PIC sofre impacto. Quanto à questão dos equipamentos hospitalares, estamos estudando a melhor forma de tratar a questão.</p>
<p>É preciso discutir patrimônio de afetação. Não é em detrimento da carteira, mas de toda uma comunidade.</p>	<p>Patrimônio de afetação é um tema que foge da governabilidade da ANS. Esse assunto tem que ser tratado na esfera legislativa.</p>
<p>Conforme disposto no Manual "Classificação Proporcional" disponibilizado pela ANS em janeiro de 2022, a classificação das operadoras é apenas uma etapa inicial em projeto maior de fortalecimento da aplicação proporcional da regulação prudencial. Esse projeto busca ajustar com maior precisão requisitos ou medidas à magnitude do risco das reguladas. Na segunda etapa, a ANS se comprometeu a revisar seus normativos de regulação prudencial, graduando obrigações e custos regulatórios conforme diferentes perfis de riscos das operadoras. Aguardamos a revisão destes normativos, considerando inclusive o Sandbox Regulatório Prudencial. Importante que a ANS recorra às melhores práticas regulatórias internacionais garantindo a solvência das operadoras sem impor custos excessivos ao setor considerando a situação econômico-financeiro das operadoras que passa por momento desafiador como demonstram os resultados das demonstrações financeiras publicadas pela ANS. Há que se considerar que quanto maior o capital regulatório exigido pela ANS, maiores serão as barreiras à entrada no mercado e menor a atratividade para novos investimentos. Esse equilíbrio regulatório deve considerar que é objetivo do regulador garantir a sustentabilidade econômica do setor que vem sendo continuamente afetada pelas novas inclusões ao rol de procedimentos. Importante retomar as discussões no âmbito da câmara técnica de solvência a fim de avaliar continuamente as regras de capital e seu efeito sobre as finanças corporativas e sobre a concorrência do mercado.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento de desenvolvimento do tema.</p>
<p>Antecipar o AIR para o 1o trimestre de 2023 considerando os possíveis efeitos da Lei no 14.454, de 2022, que poderá trazer impactos relevantes nas provisões técnicas e Capital Regulatório.</p>	<p>Não há capacidade operacional para antecipar o prazo da AIR.</p>

	<p>Empoderamento do beneficiário/consumidor para contratação ou troca de plano</p>	<p>Acesso do consumidor aos serviços da saúde suplementar por meio da contratação/adesão de plano privado de assistência à saúde. Inclui o aperfeiçoamento do Guia ANS de Planos de Saúde de modo a torná-lo um sistema em que o consumidor poderá contratar um plano ou realizar a portabilidade de carências de forma direta.</p>
---	--	---

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>Revisar as regras de contratação e exigências de comprovação documental face às novas possibilidades de contratação (e-commerce, por ex.).</p>	<p>A temática "regras de contratação" é muito ampla e está sendo constantemente analisada pela Agência.</p>
<p>Melhor divulgação das diferenças normativas entre os diversos tipos de contratação (coletivo vs individual, coletivo adesão vs coletivo empresarial). - Melhoria e clareza de critérios sobre as possibilidades normativas sobre a elegibilidade de troca de planos (compatibilidade entre planos).</p>	<p>A agência possui diversas cartilhas atualizadas sobre o assunto solicitado, conforme link: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/CartilhaPlanodeSaude_defeso.pdf</p>
<p>A portabilidade de carências é um desafio antigo do setor, e a chegada do openhealth ou a mera simplificação do processo não representam necessariamente uma solução clara para a questão. E isto por algumas razões, a uma é evidente a existência de uma falha de mercado oriunda do processo de portabilidade integral de carências, o que gera para as operadoras de destino verdadeira aversão ao risco por ausência de previsibilidade para portabilidade, em especial sobre beneficiários em tratamento e ainda de alto custo. Neste contexto, fica claro pelo estudo realizado sobre o openhealth que este não avaliou a falha de mercado, ou se utilizou do ferramental regulatório equivocado para sua avaliação, e isto porque, não se trata de facilitar (por empoderamento do consumidor) mas compreender a falha de mercado: porque as operadoras não querem a portabilidade? a falha de mercado está na resposta da pergunta problema, e o uso da estratégia regulatória de comando e controle [Baldwin] que se desenha para esse processo, a toda evidência, não saneará o problema, porque a própria RN vigente não resolveu. Adicione-se que o próprio openhealth poderá criar um regime de seleção adversa [Porto], o estudo produzido aponta para o sucesso do openbanking sem distinguir adequadamente o objeto regulado e a natureza aleatória dos contratos de planos de saúde, gerando outros riscos aos próprios beneficiários. Necessário registrar que os desafios do openhealth passam pelo desafio do Consentimento com o uso de dados e a sua extensão, fato este bem registrado pelo Min. Cuevas em evento realizado recentemente no CJF. Com tudo isto, necessário ponderar a estratégia regulatória utilizada até o momento, considerando que estamos diante de regulação social do mercado privado e que a estratégia de comando e controle não foi eficiente (mesmo diante da presença do enforcement decorrente das sanções regulatórias), ouvindo o mercado e avaliando novas estratégias regulatórias como a criação de incentivos ou compensações, produção de limitações mínimas que mitiguem o excesso de risco, elementos estes que exemplificativamente devem compor os debates e estudos em torno do tema. Sobre a questão, a Comissão de Direito Médico da OAB/RJ - Barra da Tijuca produziu debate exatamente com a temática da falha de mercado, portabilidade e openhealth, o conteúdo está disponível em https://www.youtube.com/watch?v=7pStH8fOnpw&t=7s. Estas são nossas contribuições, ficamos à disposição para contribuir da melhor forma o possível.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração da AIR.</p>

<p>Na delimitação do “Empoderamento do beneficiário/consumidor para contratação ou troca de plano”, a ANS incluiu o acesso do consumidor aos serviços de saúde suplementar por meio da contratação/adesão de plano de saúde. Atualmente, as regras para contratação de planos de saúde estão contempladas na RN 195/2009 e na RN 432/2017. Quanto mais claras forem as informações sobre os tipos de planos disponíveis, maior será o grau de empoderamento do beneficiário. Mas, não basta que as regras sejam claras. É fundamental que estejam atualizadas, que tenham aderência e que permitam o acesso mais amplo possível. De acordo com dados divulgados em agosto/22, 82,1% do mercado se concentra em planos coletivos, sendo 70,6% de coletivos empresarial e 11,5% coletivos por adesão. A fatia de individuais fica em 17,9%. Para melhor ilustrar, podem ser mencionadas a situação de elegibilidade de diretores estatutários em plano coletivo empresarial (considerando que o vínculo “estatutário” previsto em norma se refere ao funcionário público e aos diretores nomeados no estatuto da empresa não figuram como elegíveis à contratação de plano de saúde pela norma, embora exerçam atividade vinculada a PJ contratante) e os novos modelos de trabalho previstos na nova lei trabalhista (trabalho intermitente, tempo parcial e teletrabalho), além da possibilidade de ‘pejotização’ da atividade-fim. São incontestes, portanto, as repercussões da reforma trabalhista nas normativas de contratação de planos coletivos, especificamente nas já citadas RNs nº 195/2009 e 432/2017. Sugere-se, assim, que sejam revistas as normas regulatórias de contratação. Ainda em relação ao tema, importante trazer à baila inconsistências no Guia ANS de Planos de Saúde, já detectadas pela Federação, que reforçam a proposta de aperfeiçoamento do sistema. Para aclarar, vale citar as falhas nas consultas ao Guia ANS para identificação do plano de origem e verificação dos planos compatíveis, nas quais alguns produtos ativos, em situação regular, com comercialização na área desejada não são exibidos. Nesse ponto, a proposta é de inclusão da revisão do Guia ANS, previsto na RN 438/2018, com a ressalva de que seja mantido como “canal de consulta” para que os beneficiários busquem os planos disponíveis, sendo a contratação direta com a operadora. Por fim, ainda no tema acesso, importante reiterar a necessidade de discussão da RN 162/2007, nesse item, pelo fato de o processo administrativo para comprovação de conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário ter se revelado inefetivo para as finalidades a que se destina. A RN 162/2007 em seu art. 15, incisos I, II e III, dispõe que a operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário ou oferecer o agravo ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à CPT. Ocorre que, na prática, é exigido pelo regulador o oferecimento de CPT ou agravo como requisito para abertura do processo do processo administrativo, apesar de a interpretação da redação do artigo conduzir para o entendimento de que as hipóteses são alternativas. Tal norma merece ser revista. Entretanto, é importante que seja precedida de revisão do processo de CPT, revisão dos meios e documentos de contratação, adequação das regras de compatibilidade de planos para coibir upgrade de planos sem carência, além de investimento em canal de comunicação entre operadoras e ANS sobre casos com indício de fraude. Uma outra proposta em relação à RN 162/2007 é a revisão da norma para permitir a condução diferenciada dos casos em que o beneficiário se recusa a preencher a declaração de saúde ou de realizar a entrevista.</p>	<p>Contribuições serão consideradas no debate sobre o tema regulatório. Ademais, a revisão do normativo do processo de de doenças e lesões preexistentes (DLP) está sendo estudada pela área técnica, independentemente de estar previsto na agenda regulatória.</p>
---	--

<p>O contribuinte considera positiva a avaliação da Agência para atualização do Guia da ANS, de modo a permitir o acesso, pelo consumidor, a informações centralizadas sobre diferentes planos de saúde. De todo o modo, o consumidor deve ser protegido e ter segurança para realizar a portabilidade com autonomia e com respeito a seus direitos. Além disso, é necessário fomentar e permitir o acesso à portabilidade dos consumidores mais idosos. Assim sendo, este contribuinte entende que a futura AIR sobre o tema deve avaliar os seguintes pontos: i) quais as dificuldades dos consumidores ao tentar realizar a portabilidade, ii) quais os entraves que os consumidores idosos encontram para efetuar a portabilidade, iii) o número de reclamações sobre o tema; iv) como o aprimoramento do Guia da ANS vai permitir garantir a proteção a dados pessoais e sensíveis do consumidor, de modo a evitar a seleção de risco, também chamada de perfilização da saúde (health score) ou precificação personalizada e v) evitará o fomento às práticas comerciais discriminatórias aos consumidores. Neste escopo, é fundamental conferir especial atenção aos dados pessoais e sensíveis. Os dados dos usuários podem acabar sendo usados para que empresas tracem perfis, neguem cobertura e cobrem preços mais elevados de alguns, de acordo com as condições de saúde. Esta perfilização e a seleção de risco são vedadas tanto pela regulação setorial da ANS quanto pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), em seu artigo 11, §5º, e a criação de modelos de negócios distintos, com precificação diferente conforme o perfil do consumidor, também é uma medida inconstitucional, em detrimento do art. 5, inciso XXXII, art. 19 e incisos I a III e art. 170, V, todos da Constituição Federal. A insuficiência na transparência quanto à utilização de dados pessoais e sensíveis pode possibilitar que dados de consumidores sejam usados em seu próprio prejuízo - por exemplo, pela negativa de cobertura devido a algum risco calculado por um algoritmo protegido por segredo de negócio. Além desta operação ser ilegal, ela ainda contraria regras éticas que devem permear o uso de dados na área da saúde. Além disso, existe um grave risco de que a precificação seja discriminatória, prejudicando consumidores mais propensos a determinadas doenças, e de que a política de descontos seja convertida numa forma de excluir usuários com maior risco de adoecimento. No médio prazo, isso expulsa do plano ou impede a portabilidade as pessoas com condições crônicas ou doenças graves. Aqui vale destacar que o recente relatório do GT que se debruçou sobre a proposta de Open Health, formado também pela ANS, indicou a seleção de risco como principal preocupação na implementação das propostas de portabilidade em discussão. O contribuinte entende que, a despeito das proteções legais e regulatórias, que vedam a seleção de risco, ainda há espaço para coleta massiva de dados pessoais de modo a fornecer às operadoras de planos de saúde vantagens excessivas sobre o consumidor no momento da contratação, podendo usar mecanismos como, por exemplo, a Cobertura Parcial Temporária para negociar com o consumidor coberturas extras e contornar a vedação à cobrança personalizada. Nesse sentido, é fundamental que as operadoras não tenham acesso aos dados pessoais dos consumidores, que devem ficar restritos à ANS e que a vedação ao uso de dados pessoais, inclusive financeiros, para qualquer análise de risco do consumidor seja expressamente vedada.</p>	<p>Contribuição de mérito que a ANS irá avaliar no momento da elaboração da AIR.</p>
<p>Revisão da regra de portabilidade para permitir a mobilidade de beneficiários em qualquer tipo de produto em que o beneficiário possua elegibilidade, se o plano destino for coletivo. As regras para fazer upgrade poderão ser mais rígidas, porém deverão existir.</p>	<p>O assunto está sendo estudado pela área técnica.</p>

	<p>Estímulo ao desenvolvimento setorial</p>	<p>Estimular o desenvolvimento setorial por meio de ações regulatórias que facilitem o ingresso do consumidor na saúde suplementar e incentivem a qualidade dos serviços e a sustentabilidade do setor de saúde suplementar.</p>
---	---	--

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>Com a substituição da margem de solvência pelo capital regulatório, solicitamos que a ANS estude outros incentivos para o Promojev.</p>	<p>Estamos estudando outras formas de incentivos, não só para programas de promoção e prevenção, mas também para operadoras certificadas em APS e operadoras acreditadas.</p>
<p>Para controle da qualidade dos serviços a ANS poderia promover a criação, divulgação e atualização da lista de prestadores hospitalares que encerraram suas atividades e sua exclusão automática do RPS. A OPS fornece essa informação à ANS para comprovar o encerramento das atividades do prestador e continua divulgando o seu nome até que a ANS autorize excluí-lo da rede. Também poderia criar e manter uma lista atualizada de prestadores (PF/PJ) com alteração de registro nos conselhos regionais das jurisdições em que atuavam, tais como: registro ativo (inoperante, interdição cautelar, suspensão administrativa ou judicial, sem exercício na UF) ou inativo (aposentado, óbito etc). Os beneficiários reclamam ao buscar atendimento em prestadores inativos ou impedidos de exercer a profissão. A ANS não deveria interferir em questões econômico-financeiras pactuadas entre as partes. Porém, com foco na sustentabilidade e nos impactos da Lei 14.454, poderia fornecer mais informações sobre modelos alternativos de remuneração, envolvendo entidades de prestadores e de OPS. A ANS deveria publicar os resultados do PM-QUALISS, conforme previsto na RN 510/2022, para que as OPS possam ter acesso às informações. Poderia ainda criar um banco nacional para os próprios prestadores informarem suas qualificações, o que auxiliaria no controle da documentação, inclusive sanitária, que fica sob responsabilidade da OPS. No COPISS, a ANS deveria ter mais autonomia e imparcialidade na relação com a AMB, promovendo maior debate técnico com o setor antes de incluir procedimentos da CBHPM na TUSS, pois a inclusão sem critérios técnico-assistenciais impacta na correlação Rol-TUSS (apenas composição de honorários), pois há o entendimento equivocado de que se foi incluído na TUSS tem que correlacionar SIM com o rol, ainda que seja desdobramento cirúrgico ou análise inerente à anamnese clínica. A exigência do CNES na rede odontológica é um problema, pois muitos municípios não emitem alvarás e os prestadores ficam com protocolos aguardando por anos o CNES. A ANS poderia atuar junto ao Ministério da Saúde para resolver problemas relacionados ao CNES, tanto com de cadastramento quanto da garantia de atualização pelos prestadores. É necessário que a ANS promova uma ampla discussão com as OSP para rever conceitos e critérios estabelecidos na RN 506/2022 (Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de OPS). O modelo foi inspirado no PSF/SUS e não é adaptável à saúde suplementar, o que pode ser demonstrado com as experiências acumuladas das OPS desde 2018, quando foi instituído pela RN 440 e pela baixa adesão. As OPS têm muito interesse na APS, porém para torná-lo viável é fundamental reestruturá-lo com foco apenas nos quatro atributos da APS, que tem princípios diferentes do SUS. Pode-se constituir um GT com as OPS/entidades representativas para iniciar esse processo. Sugere-se também rever os critérios estabelecidos na RN 507/2022 visando estimular a acreditação das OPS odontológicas. Alguns requisitos estabelecidos não são aderentes ao segmento odontológico.</p>	<p>No que tange aos resultados do PM-Qualiss, entende-se a necessidade de dar transparência das informações à toda a sociedade. O programa é recente, e os dados estão em análise para que sejam divulgados de forma progressiva, na medida em que se mostrarem robustos. Sobre Modelos de Remuneração, desde 2012, a ANS realiza Projetos sobre modelo de remuneração baseados em valor, inclusive com publicação, em 2018, de um guia sobre o tema, com informações sobre os principais modelos de remuneração em todo o mundo. Desde 2019 realiza o Projeto Piloto Modelos de Remuneração Baseado em Valor, e em 2022 foi lançado o edital 2.0, em 16/nov/2022, para a inscrição de novas Operadoras com projetos. A respeito da Certificação em APS, a iniciativa é baseada nos principais pilares de estruturação dos cuidados primários em saúde previstos na literatura científica nacional e internacional: acolhimento, acompanhamento do paciente, coordenação e integralidade do cuidado, reconhecimento da heterogeneidade das demandas, centralidade na família e orientação comunitária. Portanto, não são restritas ao SUS. A norma é recente e houve a intercorrência da Pandemia de</p>

	<p>COVID-19 em 2020 e 2021, dificultando a adesão de novas operadoras à certificação. Os normativos da ANS são revistos periodicamente e os resultados da norma serão avaliados em tempo oportuno.</p>
<p>A Acreditação é uma forma de incentivo à qualidade dos serviços e espera-se que no tema haja a possibilidade de avançar nas revisões regulatórias necessárias para que as operadoras odontológicas sejam acreditadas. Não sendo essa a previsão pretendida neste tema, sugere-se a criação de um tema específico para dispor sobre a revisão das regras para acreditação.</p>	<p>Com relação à Acreditação de Operadoras Odontológicas, o normativo foi construído recentemente com ampla participação social, incluindo representantes do setor odontológico. Como consequência, a norma já contempla diversos itens não aplicáveis ao setor odontológico. A norma é recente, e houve a intercorrência da Pandemia de COVID-19 em 2020 e 2021, dificultando a adesão de novas operadoras à Acreditação. Ainda assim, existem operadoras odontológicas que atendem aos pré-requisitos para Acreditação e, no entanto, ainda não aderiram ao Programa. Em setembro/2022, foi divulgado um FAQ no portal da ANS, que trouxe esclarecimentos a respeito de um requisito adicional, não aplicável a operadoras odontológicas, que facilitará o acesso deste segmento ao Programa de Acreditação. Os normativos da ANS são revistos periodicamente e os resultados da norma serão avaliados em tempo oportuno.</p>
<p>O incentivo a prática de hábitos saudáveis à saúde é uma verdadeira necessidade ao envelhecimento ativos, hoje denominado: Envelhecimento com Vida Ativa - EVA. Muitos outros modelos de seguros encontraram na figura do "bônus" pelo bom comportamento do segurado, buscando minimizar o dano e otimizar as alternativas de solução (e até mesmo evitar o sinistro) um grande aliado neste processo. A Lei 9656 já trás na sua regulamentação a figura do bônus, que carece de uma adequada interpretação técnica-assistencial (hoje está apenas no campo do formalismo). Sugestão: permitir às Operadoras desenvolverem mecanismos de bonificação por adoção de práticas que tragam formas de prevenção à saúde. As alternativas devem se ajustar as peculiaridades de cada região, buscando assim se inserirem mais adequadamente à cultura e às práticas da população. Regra generalistas (para todo no nosso Brasil) ficam distantes da efetiva adoção e, principalmente, dos resultados desejados = maior prevenção e EVA.</p>	<p>A Resolução Normativa nº 499/2022, dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Pacientes Crônicos.</p>

<p>Estimular a utilização de modelos alternativos de remuneração da rede de prestadores, bem como o uso consciente dos planos.</p>	<p>A ANS realiza, desde 2016, projetos sobre modelos de remuneração baseados em valor. Em 2018, foi publicado o guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor e, desde 2019, realiza o Projeto Piloto Modelos de Remuneração Baseado em Valor. Foi lançado o edital 2.0, em 16/nov/2022, para a inscrição de novas Operadoras com projetos.</p>
<p>Discussão de critérios de custo efetividade em Saúde. - Aprimoramento de mecanismos de mensuração de Qualidade Assistencial. - Melhor implementação de mecanismos de medicina preventiva, inclusive com remuneração diferenciada de prestadores preventivistas.</p>	<p>No tocante à remuneração diferenciada de prestadores, foi realizado o Projeto Piloto Modelos de Remuneração Baseado em Valor e, em 16/nov/ 2022, foi lançado o edital 2.0. No tocante à medicina preventiva, já existe o Programa de Promoção em saúde e prevenção de doenças. As OPS podem submeter programas para a ANS. Ademais, ações de promoção e prevenção também estão previstas no manual de acreditação de Operadoras, no manual de certificação em atenção primária à saúde e no manual de certificação em parto adequado.</p>
<p>Medidas de estímulo ao uso de modelos de remuneração diferentes do Fee For Service. Criar mecanismos e ferramentas que facilitem a implementação de modelos de remuneração baseado em valor, bem como o estímulo do uso da medicina baseada em evidência. Implementar regulação de controle de indicadores de custo-utilidade e custo-efetividade.</p>	<p>A ANS realiza, desde 2016, Projetos sobre modelos de remuneração baseados em valor. Em 2018, foi publicado o guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor e, desde 2019, realiza o Projeto Piloto Modelos de Remuneração Baseado em Valor. Em 16/nov/2022 foi lançado o edital 2.0 para a inscrição de novas Operadoras com projetos.</p>

<p>Esta é a primeira contribuição do Conselho Nacional de Saúde à agenda regulatória da ANS, e está sendo feita na perspectiva de quem faz a avaliação político-financeira da Política Nacional de Saúde, e sua articulação com as políticas regulatórias do mercado privado, bem como da perspectiva de equilíbrio entre este e o SUS. Entendemos que estimular o desenvolvimento setorial pode ter muitos caminhos e possibilidades para além da mera expansão do número de usuários. Um caso ilustrativo é o do crescimento do número de usuários de planos de saúde durante a pandemia, sem que isso necessariamente tenha refletido um movimento de desenvolvimento do setor. A pressão de entrada nesse mercado pareceu decorrer mais da constatação, pelo usuário, de desequilíbrio na distribuição de recursos (leitos e profissionais) entre o sistema público e o mercado privado do que propriamente de uma melhora das condições deste último, ou do crescimento das condições de emprego e renda, direta e positivamente relacionados com a saúde suplementar. Nesse sentido, entendemos que a ANS é o órgão responsável por direcionar o mercado ao atendimento e efetivação do direito à saúde previsto nos art. 196 e 197 da CF/88. Nesse sentido, pode ser útil e relevante a importação de modelos bem sucedidos no SUS, como o do fortalecimento e estruturação da atenção primária. É sabido que a atuação massiva na prevenção, especialmente de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, câncer etc. resulta em melhores desfechos de saúde e, numa segunda camada, em economia expressiva de tratamentos, na maioria das vezes de alto custo. Esta é uma atividade, que, inclusive, gera ganhos de sustentabilidade para o setor, à medida em que a economia dos custos abraçados pela prevenção possam ser transformados em ganho clínico e social, por exemplo, pela incorporação de tratamentos mais modernos, ou ainda pelo repasse de ganhos de eficiência para o usuário. Neste mercado a estruturação da atenção primária ainda é incipiente e pouco se fala em prevenção, pois a maioria das empresas acredita que o investimento em cuidado e melhores tecnologias não traz retorno imediato. A visão ainda não é clara de que, com a mudança de perfil dos usuários, a operadora que inovar com programas preventivos ficará à frente das demais, criando uma cadeia de incentivo, o que beneficiaria a todos. Apenas uma ação conjunta das prestadoras conseguiria corrigir o desvio presente entre a ação proativa (antes da doença se instalar) e reativa (aquela que se concentra no tratamento da doença). No Brasil, por exemplo, 50% da população acima dos 50 anos desenvolve hipertensão e 8%, diabetes. Tais doenças são tidas por muitos brasileiros como “normais”. Todo mundo conhece alguém cuja mãe ou pai tem pressão alta, por exemplo. Entretanto, doenças desse tipo podem gerar complicações que implicam em piores desfechos de saúde e custos altíssimos de tratamento, como cegueira, insuficiência renal, transplantes, AVCs, ataques cardíacos, entre outros. Outro exemplo bem comum é o do sobrepeso e da obesidade. Por fim, é importante ressaltar que apenas nos últimos anos, houve várias tentativas de alteração do panorama regulatório do setor sob o argumento de expansão do mercado e “desafogamento” do SUS. Tais iniciativas visaram a tão somente reduzir as coberturas, fragmentando o cuidado, como aumentam o desequilíbrio entre a oferta de serviços no sistema público e no mercado. Permitir ações regulatórias que reduzam coberturas é permitir modelos de negócios desenhados para capturar renda, sem prestar o correspondente serviço, colocando o SUS na função de um resseguro do setor. Sendo assim, o desenvolvimento setorial deve focar centralmente em como oferecer o serviço com qualidade e sempre que possível buscar a integralidade do cuidado, diminuindo atuações predatórias do mercado sobre o sistema público.</p>	<p>A ANS já realiza projetos e programas de indução da melhoria da qualidade em saúde, tais como: certificação em atenção primária à saúde, certificação em parto adequado, acreditação de operadoras e programa de monitoramento da qualidade da assistência hospitalar. Não obstante, concordamos que há necessidade aprimoramento e ampliação das ações já implementadas, o que já consta no horizonte de atuação da Agência.</p>
<p>O segmento privado de saúde tem sido "penalizado" com coberturas/garantias que pertencem a outros setores e que, por decorrência, acabam onerando e comprometendo o já escasso resultado final. É o caso dos custos assistenciais decorrentes de acidentes de trânsito que são de competência dos Seguros DPVAT e RCF-Veículos. Vejam a figura contraditória: o pedestre atropelado que tenha Plano de Saúde vai arcar com os custos causados pelo motorista, pois, ainda que seja no reajuste, este valor retornará a ele, em face do Princípio do Mutualismo (art. 1 da Lei 9656: "... pagam por conta e ordem do consumidor"). Assim, há uma transferência de responsabilidade do responsável pelo dano a ser ajustada para o Seguro Correspondente (talvez por isso esteja sobrando verba do DPVAT, enquanto na saúde privada os resultados estão escassos).</p>	<p>O tema envolve relações institucionais com outros órgãos (uso de recursos do DPVAT) e demanda uma discussão ampla.</p>

<p>Apenas nos últimos seis anos, houve ao menos três tentativas de alteração do panorama regulatório do setor tentando reduzir coberturas sob o argumento de expansão do mercado, tornando os planos de saúde mais "acessíveis". Em 2016, o então Ministro da Saúde Ricardo Barros criou um Grupo de Trabalho para elaborar planos de saúde com cobertura reduzida, os chamados planos "acessíveis" ou populares. A ANS chegou a ser mobilizada e apresentou um documento final sinalizando que alterações regulatórias não precisariam ser feitas para chegar a esse fim. Em 2017, uma comissão especial foi criada na Câmara dos Deputados para discutir a reforma do marco legal. Medidas como a flexibilização de multas e coberturas foram propostas. Dentro das propostas discutidas, nenhuma delas nova, encontramos novamente a fragilização da cobertura mínima estabelecida com a lei 9.656/98: planos "ambulatoriais simples", sem terapias importantes, e a possibilidade de oferta de serviços mais simples, excluindo-se o alto custo do componente assistencial. Argumentos diversos no setor justificariam as vantagens dessa medida. Desde a necessidade de expandir o mercado e "desafogar o SUS", cuja falácia o Conselho Nacional de Saúde já ressaltou, até a ampliação de concorrência no setor, com "mais produtos" e opções para o consumidor. Entendemos que falar em expansão com base na redução de coberturas, ela é necessariamente um retrocesso que fere toda a principiologia do mercado e a lei de criação da ANS. Os mercados de saúde são conhecidos na literatura econômica por suas falhas. Ressaltamos especialmente a assimetria de informação e de poder econômico. Para os consumidores, há a falta de informação e capacidade técnica para que possa reconhecer sua necessidade de saúde tanto ao contratar quanto ao utilizar o serviço. E, quando contratam, não sabem o que precisarão. A utilização é mediada por outro agente – médicos e profissionais de saúde. Ou seja, o consumidor apresenta o sintoma ao prestador do serviço, que, por sua vez, possui o conhecimento técnico para precisar o diagnóstico e a demanda daquele usuário. Por esses motivos, o contrato de plano de saúde demanda regulação no sentido de definir cláusulas básicas que não podem ser alteradas por livre negociação entre as partes. Variedade ou flexibilização de coberturas, num cenário cinzento, impossibilita o pleno exercício da liberdade de contratar. Permitir ações regulatórias que facilitem o acesso na saúde suplementar procurando reduzir preços por meio da redução de coberturas é permitir modelos de negócios desenhados para capturar renda, sem prestar o correspondente serviço. Isso se aplica também às iniciativas que visem estabelecer acesso de empresas a dados sensíveis de saúde dos usuários, buscando selecionar os riscos mais baixos. Sendo assim, iniciativas de desenvolvimento setorial devem focar centralmente em como oferecer o serviço com qualidade, reduzir judicialização (causada essencialmente por descumprimentos contratuais e má regulação) e atuar em sinergia com a alta gestão do SUS antes de pensar em expansão.</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento de desenvolvimento do tema.</p>
<p>Existem questões relevantes sobre a relação entre prestadores e operadoras, especialmente quanto à precificação adequada e transparente, bem como a busca da remuneração pela qualidade, que precisam ser equacionadas pois reverberam diretamente nos serviços prestados ao usuário final. Em que pese a RN nº 503, de 30 de março de 2022, ter trazido importantes avanços, ela não resolveu todos os problemas e ainda potencializou o embate entre as partes, sobretudo na questão remuneratória. O Ministério Público Federal acompanha o tema por meio do procedimento administrativo nº 1.19.000.002401/2018-12.</p>	<p>Contribuição de mérito que será levada em consideração no momento da análise do tema regulatório Estímulo ao desenvolvimento setorial</p>

<p>Os eventos ocorridos no âmbito de uma atividade profissional são de responsabilidade do empregador e no caso dos custos assistenciais e previdenciários há o seguro de Acidentes do Trabalho - AT (que até meados 1967 era operadora pelo Mercado Segurador Privado) e os atinentes a Medicina e Saúde Ocupacional. Cabe especial destaque aos casos que acabam por exigir processos / tratamentos de reabilitação: física, profissional, social e/ou psicológica, dentre outras. Hoje - RN 167/2010, passou a compor na responsabilidade das operações privadas de saúde os custos assistenciais decorrentes acidentes do trabalho. Logo, há uma transferência de responsabilidade, pois este compromisso é do empregador. Ainda que haja pagamento de plano de saúde no programa de recurso humanos da respectiva empresa, há risco (possibilidade) do tratamento ser de longa duração, levando para o Segmento de Saúde uma responsabilidade que é dos Seguros de AT (hoje estatizado).</p>	<p>Contribuição de mérito que será analisada no momento de desenvolvimento do tema.</p>
<p>Inicialmente, cumpre reiterar algumas questões que, a nosso ver, seriam premissas para a AIR a ser desenvolvida. O desenvolvimento setorial se dá não apenas pelo simples acesso ou aumento das contratações, mas primordialmente pela garantia da entrega efetiva dos serviços contratados em cada produto; pela garantia da qualidade na assistência prestada, de acordo com a contratação feita e a necessidade do beneficiário; pela busca do equilíbrio entre as partes, com a garantia do oferecimento de serviços que respeitem as normas setoriais; pela efetivação da assistência pelo prestador de acordo com o serviço contratado e acordado entre as partes, ou seja, a contratualização deve existir e ser a mais adequada para todos os envolvidos, e pela satisfação do usuário que faz com que ele mantenha seu contrato e busque inclusive mais serviços por estar "satisfeito" com o que lhe foi entregue. Assim, não basta agregar maior número de beneficiários somente, posto que isso em si não significa qualidade da assistência nem garantia do direito adquirido. É preciso uma entrega que atenda minimamente às expectativas de todos os envolvidos e, se esta for de qualidade e adequada, por mais subjetiva que a análise possa ser, o crescimento em quantidade será uma consequência natural da qualidade. Caso contrário, corre-se o risco de um aumento no ingresso de forma desordenada e aumento das reclamações e judicialização quando não foram atendidas as ditas expectativas, cenário que já é possível identificar hoje. Para tanto, os dados que a ANS possui e a expertise de seu corpo técnico são capazes de construir propostas que consolidem no setor as boas práticas necessárias ao seu desenvolvimento como base para seu eventual crescimento em quantidade. A AIR poderia considerar, por exemplo: a manutenção de requisitos básicos para os contratos, garantindo não haver a flexibilização inadequada ou indevida de coberturas e nem a suspensão de serviços ou cláusulas contratuais que sejam primordiais à garantia do direito ao serviço contratado e não simplesmente por negociação entre as partes; propostas que evitem a reedição dos chamados “planos populares” como forma de aumento da adesão, pelos riscos trazidos por esse tipo de produto, já apontados em manifestações anteriores, visto que a redução de preços ou coberturas aparentemente simplificadas significam, na prática, tanto a desregulamentação quanto a diminuição do acesso e aplicação de mecanismos de seleção de risco, e não o contrário. Também deve fazer parte de uma proposta de desenvolvimento setorial a necessária integração com o SUS, tema tratado à parte, mas que possui convergência com o presente tema.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração da AIR.</p>
<p>Para o equilíbrio do setor, a ANS deveria impedir medidas anticoncorrenciais, como a utilização por parte dos prestadores de serviço de tabelas de referência para cobrança de medicamentos e insumos condenadas pelo CADE, tais como SIMPRO e BRASÍNDICE. Como se sabe, a CMED proíbe que hospitais e estabelecimentos de saúde auferam lucro com a comercialização de medicamentos e produtos, sendo que essa conduta também deveria ser proibida pela ANS em razão da nova Lei das Agências Reguladoras.</p>	<p>Contribuição de mérito. A ação está planejada para ocorrer no desenvolvimento do tema.</p>



Integração da Saúde Suplementar e o SUS

Aprimorar a integração estabelecida entre a Saúde Suplementar e o SUS, convergindo as redes para modelos assistenciais integrados e colaborativos.

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>Aceitação de outros tipos de documentos para comprovação de contratação e para utilização no Ressarcimento ao SUS.</p>	<p>Está sendo discutido, especialmente no âmbito do projeto do Novo SIB.</p>
<p>Aviso prévio de internação pelo SUS quando identificado vínculo de beneficiário com a Operadora. Essa ação poderá desocupar infraestrutura pública ocupada por paciente que poderia ser transferido para a rede privada, liberando a capacidade instalada do Sistema Público para que possa priorizar o atendimento da fração da população que não possui plano de saúde.</p>	<p>O assunto está sendo discutido no âmbito da ANS e há projeto piloto em planejamento.</p>
<p>Analisar a interoperabilidade dos dados assistenciais para que se tenha o histórico e o acompanhamento da jornada do paciente tanto na saúde suplementar quanto no SUS, ou seja, independentemente de o atendimento ter sido feito pelo plano de saúde ou pela rede pública.</p>	<p>O assunto está sendo discutido, mas depende da qualificação da padronização de terminologias e codificações. No momento, falta capacidade operacional, porém se vislumbra a médio prazo a tentativa de cooperações que auxiliem nessa abordagem.</p>
<p>É imprescindível que a ANS some esforços ao Ministério da Saúde para que seja possível a implantação de um prontuário eletrônico único para todos os brasileiros. Essa deve ser a prioridade para a melhora da assistência à saúde prestada tanto pelo SUS quanto pela saúde suplementar. Em relação ao ressarcimento ao SUS, deve ser criada a oportunidade da operadora realizar a remoção da sua rede. Para tanto, deve ser implementada o aviso imediato de internação pelo prestador do SUS à operadora de plano de saúde.</p>	<p>No que diz respeito ao prontuário único, a ANS participa em grupos de trabalho para integrar suas iniciativas ao projeto do Ministério da Saúde. Quanto ao trânsito de pacientes da rede pública para a privada, encontra-se em andamento projeto piloto que deve contribuir para a regulamentação da situação.</p>
<p>Simplificação de fluxos e procedimentos objetivando agregar à gestão de saúde dos beneficiários e reduzir custos, adequada às regras da LGPD.</p>	<p>O projeto de simplificação já está em discussão aguardando a execução junto à TI da ANS.</p>
<p>Revisão do IVR estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento. Abrir debates sobre a forma de remuneração dos atendimentos prestados SUS a beneficiários vinculados a operadoras de planos de saúde, considerando que o ressarcimento ao SUS existe para recompor a despesa pública decorrente do atendimento, um instituto de direito administrativo, e como tal, a norma deve prever a integralidade de sua formação e conformidade.</p>	<p>A proposta está sendo discutida, depende da repriorização de projetos no âmbito do ministério da Saúde e do avanço de projetos de integração dos dados SUS com os dados do TISS.</p>
<p>O Sistema Único de Saúde e a Saúde Suplementar atuam de forma paralela e desalinhada. A Abramed apoia a promoção de Análise de Impacto Regulatório para avaliação das ações para uma futura possível integração.</p>	<p>A AIR a ser desenvolvida tratará do assunto.</p>

<p>O setor suplementar de saúde não existe sozinho. Ele é parte do sistema de saúde brasileiro, com grande compartilhamento da rede de prestadores de serviços de saúde, com a mesma população usuária dos serviços públicos e privados e com a possibilidade de que operadoras de planos privados de saúde possam se habilitar em processos de contratação de serviços dos gestores públicos em todos os níveis (municipal, estadual ou federal). Por isso, ações de integração devem ser avaliadas a partir dos dados já existentes, integrando na avaliação os gestores dos três níveis de governo e a equipe da ANS, dos setores do ressarcimento ao SUS, do monitoramento da rede prestadora das operadoras e da fiscalização, de forma a identificar falhas de infraestruturas das operadoras, e, assim, criar regras para desestimular a excessiva ocorrência de atendimentos geradores de ressarcimento ao SUS, entendendo o mesmo como importante instrumento regulatório a ser utilizado pela ANS, e não de suposto financiamento do setor público utilizado pelas operadoras, aprimorando a qualificação da assistência prestada por parte da operadora e garantindo que a rede ofertada num produto esteja de fato disponível. A ANS possui discussão acumulada e material produzido, com propostas para a integração, destacando-se ações em curso atualmente com base na integração das informações para compor a Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS, bem como ações desenvolvidas pela área técnica do ressarcimento ao SUS junto aos gestores do setor público que constam em publicações da Agência (Cadernos do Ressarcimento ao SUS e oficinas com gestores), que podem ser resgatadas e consideradas para a atual proposição de uma AIR. Devem ser considerados também os posicionamentos e estudos do Conselho Nacional de Saúde, por meio de sua Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar no SUS - CISS, e outras. A AIR pode apontar a necessidade de realização de outros estudos e/ou eventos sobre o tema, para aprofundar o necessário debate.</p>	<p>O assunto está sendo discutido em diversos projetos, desde aqueles relacionados à produção de informação, até os pilotos de integração de rede.</p>
<p>Aprimoramento dos quesitos e dimensionamento de ressarcimento ao SUS. - Busca de compatibilização entre as codificações e de conceitos entre a TUSS e tabela SUS.</p>	<p>Está sendo discutido. Pode ser incluído em acordo de cooperação com universidade ou centro de pesquisa.</p>
<p>Existem potenciais benefícios na maior sinergia entre SUS e mercado de saúde suplementar, desde a integração informacional, até a articulação orgânica para manejar potenciais problemas da duplicidade de cobertura e as questões do ressarcimento ao SUS. O ressarcimento ao SUS deve ser tomado como elemento central da agenda regulatória da ANS, considerando sua relevância econômica e a competência legal inequívoca do ente para fazê-lo. E, a partir dessa centralidade, discutir questões mais recortadas, como o aprimoramento da integração entre redes assistenciais públicas e privadas, especialmente para situações que de duplicidade de cobertura, ou, ainda, em situações de continuum entre o fim da cobertura contratada e o direcionamento do usuário para a rede pública. Achamos oportuno provocar discussões envolvendo o CNS, o Ministério da Saúde e esta agência sobre eventuais esforços compartilhados para efetivar políticas de saúde de grande abrangência, mantendo o dever dos planos de cobrir o que já vem oferecendo: consultas, exames, cuidados multiprofissionais, etc. Atualmente, é uma indesejada duplicidade de esforços e recursos exigir que alguém em acompanhamento médico na saúde suplementar tenha que iniciar todo o processo de atendimento no SUS, via porta de entrada, para poder ter acesso a medicamentos. Da mesma maneira, é uma questão ética importante avaliar posições em filas de tratamento para quem já teve vantagens de diagnóstico na largada, e seu potencial aumento de iniquidades em saúde. Esta articulação e diálogo dos sistemas, pode e deve ser estimulada, mas tão somente se ela estiver alinhada às diretrizes do SUS.</p>	<p>O tema está sendo discutido. No âmbito interno, a integração das informações do ressarcimento com as diretorias tem sido estimulada. No âmbito externo, esforços de reabertura de debates e projetos conjuntos com o Ministério da Saúde estão previstos no curto prazo.</p>

<p>Este contribuinte avalia que a AIR sobre o tema proposto deve avaliar estudos, comentários e posicionamentos do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A integração entre saúde suplementar e o SUS deve ser acompanhada de mudanças nas práticas do setor regulado, sobretudo no que se refere a ressarcimento ao sistema público, pagamento de multas à ANS e integralidade do atendimento. Deste modo, sugere-se que a futura AIR 1) avalie o cumprimento do Tema 345 da Repercussão Geral do Supremo Tribunal Federal e estude mecanismos para a efetivação do ressarcimento dos procedimentos médicos, hospitalares e ambulatoriais custeados pelo SUS; 2) delimite a responsabilidade das operadoras pelo atendimento a seus usuários, coibindo que o SUS seja utilizado como resseguro, 3) convoque o CNS para audiência pública sobre o tema, bem como especialistas da área do direito sanitário e da economia da saúde para contribuir com formas para sua operacionalização. Sugere-se como nomes de especialistas: Carlos Ocké-Reis, Rodrigo Broglia Mendes e Maria Eugênia Bodra. As limitações às sanções e ao processo administrativo sancionador que a ANS pode aplicar às operadoras em casos de descumprimento das obrigações relativas ao ressarcimento ao SUS é um mecanismo que pode estimular operadoras de planos de saúde a não cumpri-las. O ressarcimento ao SUS deve ser tomado como elemento central da agenda regulatória da ANS, considerando sua relevância econômica e a competência legal inequívoca da ANS para implementá-lo. Por fim, a reguladora pode contribuir para o aprimoramento das integrações entre redes assistenciais público-privadas, especialmente para situações que transcendem a cobertura contratada, como no caso de necessidade de internação hospitalar em planos ambulatoriais. Nesse sentido, uma AIR sobre o tema deverá levar em consideração o levantamento de informações sobre atendimentos de urgência e emergência no âmbito desses planos, e de que forma soluções assistenciais são adotadas por operadoras, prestadores e usuário. É importante chamar atenção para o fato de que integrações nesses casos não devem ser promovidas com o fim único de isentar a operadora do dever de cobertura em casos de risco de morte ou outros prejuízos, mas, sim, de garantir que o usuário seja atendido e não se perca na transição da rede privada para a pública.</p>	<p>Está sendo discutida uma remodelação do procedimento de ressarcimento, o que depende do andamento de projetos no âmbito do Ministério da Saúde. Internamente à ANS, temos projetos piloto com vistas a testar novas formas de integração de redes pública e privada, para subsidiar ações regulatórias. Também há projetos de qualificação da integração de informações entre as diretorias da ANS, para que os dados do ressarcimento sejam aplicados em diversas iniciativas regulatórias.</p>
<p>Aprimorar a integração estabelecida entre a Saúde Suplementar e o SUS, convergindo as redes para modelos assistenciais integrados e colaborativos - A Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp entende ser pertinente a análise de possíveis ações à integração do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar, tendo em vista que em muitas localidades é insustentável disponibilizar aparelhos para apenas uma parcela da população.</p>	<p>Essa contribuição será considerada durante a elaboração dos estudos preliminares sobre vazios assistenciais</p>
<p>Necessidade de maior interlocução da ANS com o setor público para que a remoção do beneficiário em cumprimento de carência ocorra de forma mais célere para um hospital público.</p>	<p>Contribuição de mérito que será analisada quando do desenvolvimento da AIR.</p>



Transparência e qualidade de dados e informações do setor

Aprimorar as regras afetas a disponibilização de dados e informações da saúde suplementar

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>Fornecimento de detalhamento dos valores disponibilizados no site da ANS para reconhecimento da Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar ocorridos no SUS (PELS-SUS).</p> <p>Os dados do setor, especialmente aqueles que embasam a análise e dizem respeito ao reajuste anual, não são acessíveis à sociedade e tampouco compreensíveis. Tal obscuridade impede que pacientes compreendam a base financeira do sistema mutualista, bem como se o sistema está sendo sustentável ou predatório, especialmente considerando que a inflação médica é muito superior à inflação média nacional. Neste sentido, sugere-se que a ANS regulamente a disponibilização dos dados a pacientes e sociedade civil, tanto por parte da agência quanto por parte das operadoras, no sentido de serem mais acessíveis, didáticos e de fácil compreensão. Neste sentido, importa ressaltar que os dados disponibilizados a investidores por parte de operadoras que possuem capital social aberto tem melhor transparência, qualidade e didática do que os dados disponibilizados à sociedade civil.</p>	<p>Projeto já em discussão aguardando a execução junto à TI da ANS.</p> <p>A ANS já realiza projetos e programas de indução da melhoria da qualidade em saúde, tais como: certificação em atenção primária à saúde, certificação em parto adequado, creditação de operadoras e programa de monitoramento da qualidade da assistência hospitalar. Não obstante, concordamos que há necessidade aprimoramento e ampliação das ações já implementadas, o que consta no horizonte de atuação da Agência.</p>
<p>Desenvolver ferramenta que permita a conferência de dados cadastrais entre operadoras e entre operadoras e ANS, a fim de comprovar o tempo de permanência na operadora anterior, como na hipótese de Carta de Permanência, para fins de portabilidade e redução de carências, observadas as regras da LGPD.</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento oportuno.</p>
<p>Informação é o maior patrimônio que dispomos, e o cuidado com o uso dos dados deve ser constante, como base para as melhorias necessárias à atuação regulatória da ANS. Para tanto, a AIR proposta deve considerar mecanismos factíveis e legalmente referenciados a partir da LGPD para sua disponibilização, de forma a garantir tanto a execução das políticas públicas com base em dados fidedignos quanto a devida proteção ao consumidor no uso de seus dados pessoais e sensíveis. Assim, algumas propostas podem ser consideradas: (1) necessidade de qualificar o processo de solicitação de acesso a dados por parte de usuários externos à ANS, garantindo sua utilização adequada ao fim que se propõe, que deve estar explícito e justificado, com a devida ciência e autorização do titular ou responsável legal quando necessário; (2) aprimoramento constante no processo de disponibilidade de dados a partir das bases de dados da ANS, particularmente dados abertos, com o uso das tecnologias de comunicação adequadas a cada público alvo que podem ser usuários dos dados; (3) avaliação do acesso para consulta e solicitações por outros entes que não apenas operadoras e prestadores de serviços.</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento de desenvolvimento do tema regulatório. No que se refere ao Plano de dados abertos, este é bianual e está em constante evolução, inclusive no aspecto de utilização de novas tecnologias.</p>
<p>Como já destacado em outro tema, seria importante a divulgação e atualização dos prestadores de serviços hospitalares que encerram suas atividades e a exclusão automática do RPS, bem como, criar e manter atualizada uma lista de prestadores (PF/PJ) que tivessem suspensão administrativa ou cautelar, cancelamento punitivo ou por falecimento de seus registros nos conselhos regionais. Também é importante que esse banco contenha os locais de atuação e os tipos de serviços prestados. O compartilhamento público dessas informações e a garantia de sua atualização são de extrema relevância para mapear a rede de serviços e contribui para agilizar o acesso à assistência, principalmente em localidades com pouca disponibilidade ou inexistência de profissionais e serviços de saúde (vazios assistenciais). Com a edição da Lei 14.454/2022, é ainda mais relevante garantir, de forma sistêmica, que essas informações estejam acessíveis e atualizadas. Vale ressaltar que o CNES não tem sido suficiente para suprir as necessidades das operadoras, o que interfere no cumprimento da regulamentação da ANS</p>	<p>Contribuição de mérito que será analisada no momento do desenvolvimento do tema. Em relação ao SIB, a participação do setor já está prevista nas etapas do projeto, inclusive participando da homologação.</p>

<p>em tempo hábil. O aprimoramento do SIB, contemplado na Agenda Regulatória (2019-2022), prevê a revisão dos normativos relativos às suas regras de negócio. A FenaSaúde entende que são pertinentes a mudança de tecnologia, simplificação de informações obrigatórias e o aumento de informações contratuais (vínculo pelas apólices), que também pode ser utilizado nos processos de ressarcimento ao SUS. A revisão é apoiada pela FenaSaúde, que entende ser fundamental o acompanhamento e a participação do mercado no avanço das etapas dos projetos, com abertura para contribuições, para revisão das Resoluções Normativas – RN 500, 502 e 505, todas de 2022. Destacando o processo de ressarcimento ao SUS, além do atrelamento ao SIB, que certamente traria benefícios, alguns outros aspectos são passíveis de aprimoramento. Nossas associadas entendem que o processo possa melhorar com a padronização nas respostas das impugnações de acordo com cada motivo apresentado, o que hoje é um dificultador do entendimento para o correto envio de documentos nas impugnações/recursos. Existem as questões que foram aceleradas com a pandemia, que precisam da atenção da ANS, eis algumas: Qual documentação será exigida para as contratações digitais? Uma vez que nesta pandemia cresceu exponencialmente essa nova modalidade de contratações com assinaturas eletrônicas e validações digitais. Devido à LGPD, como serão tratadas as impugnações onde são exigidos documentos de dados sensíveis como RG, CPF? Para comprovação de vínculo seria possível a inclusão de uma carta que endosse o vínculo entre a operadora e segurado assinada eletronicamente. Com relação ao PQO, a divulgação dos índices sem a disponibilização das bases de dados utilizadas para cálculo do IDSS de forma detalhada e indicadores com cálculos complexos, que não conseguem ser reproduzidos pelas operadoras são os maiores dificultadores para que as operadoras compreendam os cálculos e implementem melhorias efetivas em seus processos. Há espaço para trabalhar em ferramentas que permitam a conferência de dados entre operadoras, como na hipótese de Carta de Permanência, para fins de portabilidade. Compartilhamento de informações no sistema de saúde acerca da saúde do beneficiário/cidadão objetivando compartilhar resultados e reduzir custos do setor. Neste quesito, qualquer iniciativa deve levar em consideração a adequação à LGPD.</p>	
<p>O contribuinte avalia que este tema deve ser objeto de AIR. Para além da disponibilidade, transparência e publicidade dos dados técnicos afetos ao setor regulado como um todo, é imperioso que a avaliação sobre o tema também leve em consideração a publicidade e o aprimoramento do acesso do público a processos administrativos. Ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei, o acesso a plataforma SEI deve ser facilitado não somente às operadoras, mas também a integrantes da sociedade civil e a terceiros interessados, nos termos da lei do processo administrativo federal (Lei 9784/90). A futura AIR, desse modo, deve considerar i) aprimoramento de acesso à plataforma SEI, ii) adequação da plataforma à lei do processo administrativo federal, iii) orientações sobre seu funcionamento e modo de acesso. Além disso, é fundamental que a ANS prossiga ampliando sua política de dados abertos (também chamada recentemente de Open Data no recente relatório do GT sobre Open Health). O acesso à informação por meio de dados abertos é fundamental e deve comportar tanto a ampliação de informações disponíveis ao público quanto sua acessibilidade, o que inclui tanto formatos que permitam o manejo por computadores convencionais dentro do possível quanto manuais e dicionários de dados detalhados. Cita-se, como exemplo, o sistema de reajuste de planos coletivos (RPC), cujos dados estão disponibilizados na forma de dados abertos, mas ainda encontram problemas associados à acessibilidade.</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento da elaboração da AIR. Cabe destacar que o Plano de dados abertos é bianual e está em constante evolução.</p>
<p>Monitoramento de dados é de extrema relevância para a tomada de decisão em saúde, visando o aprimoramento da jornada dos pacientes e mais eficiência na alocação de recursos.</p>	<p>Concordamos com a afirmação. O tratamento e qualificação dos dados faz parte do processo de governança e gestão de dados da ANS.</p>
<p>Maior divulgação dos Power BI ANS. - Ampliação do Power BI para comportamento econômico individual de cada Operadora.</p>	<p>A proposta será avaliada.</p>

<p>Criação, divulgação e atualização de lista de prestadores de serviços hospitalares que tenham encerrado suas atividades, bem como a sua exclusão automática do Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS).</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento de elaboração da AIR.</p>
<p>Considero que a ANS precisa envolver os contratantes de planos coletivos empresariais. É preciso chamar para o debate a fim de promover um aprendizado coletivo dos financiadores sobre as despesas assistenciais, assim como promover uma efetiva transparência dos custos que impactam a sinistralidade. Sugestão é que a ANS deve discutir cláusulas de contratos que possuem fórmula de reajustes escalonados. Exemplo: tem contrato de seguradoras que para contratante que possuem de 30 a 500 beneficiários é uma fórmula cuja sinistralidade do plano só impacta em 30% da fórmula. A justificativa é a diluição do risco. Sob uma perspectiva de implantar uma política de promoção e prevenção de saúde nas empresas, qual incentivo de investimento se 70% dos custos de sinistralidade é de um pool que não se tem acesso aos dados e não se pode fazer nenhuma intervenção para melhorar os custos e reduzir sinistralidade. Mais importante de acabar com a livre negociação, é de fato disponibilizar as informações para que o reajuste seja efetivamente negociado. Os custos são complexos e implantar uma fórmula ou percentual não vai resolver.</p>	<p>Contribuição de mérito para o estudo preliminar de acompanhamento econômico-financeiro dos produtos.</p>

Sugestão de outros temas regulatórios

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>Criar critérios objetivos para classificar rede hospitalar e rede não hospitalar para facilitar o redimensionamento/substituição da rede (não necessariamente seria uma acreditação, mas algo mais simples como um check list de itens obrigatórios para receber determinada classificação);</p>	<p>Esses aspectos foram contemplados no projeto de rede que foi apreciado na Dicol e encaminhado para análise da PROGE, seguindo o trâmite de elaboração normativa. Este tema faz parte da agenda regulatória vigente (2019-2022) e contou com ampla oportunidade de participação social.</p>
<p>Simplificação do processo atual para alteração de Rede Hospitalar, pautado em critérios de capacidade e garantia do atendimento ao beneficiário. Tal ação poderia ser priorizada posto que existe proposta pronta que passou por ampla participação social.</p>	<p>Tema constante da agenda regulatória 2019-2022. Foi apreciado pela Dicol e encaminhado para análise da PROGE, seguindo o trâmite de elaboração normativa.</p>
<p>Previsão normativa da possibilidade de cancelamento de NIPS em casos de indícios de fraudes (aceitação, reembolso etc.).</p>	<p>O assunto está sendo objeto de discussões internas.</p>
<p>Proposta AIR no 4º tri/2023. Mudança no processo sancionador – proporcionalidade das multas. A metodologia utilizada pela ANS baseada apenas no número de beneficiários das operadoras para o cálculo da dosimetria da pena pecuniária não atende por completo a disposição prevista no artigo 27 da Lei nº 9.656/98, que exige a compatibilidade pela gravidade da infração e pelo porte econômico da operadora. Se faz necessário redefinir a gravidade das infrações, se mostra imprescindível a revisão das tipificações previstas na Resolução Normativa RN 489/2022 (antiga RN 124/2006).</p>	<p>O assunto está sendo objeto de discussões internas visando visitar a RN Nº 489/2022.</p>
<p>Revisão das penalidades por infrações às regras setoriais, para que haja proporcionalidade entre os valores das multas e as supostas infrações cometidas pelas operadoras.</p>	<p>Está sendo discutida internamente a revisitação da RN 489/2022.</p>
<p>Revisão da RN 412, por má utilização do beneficiário e, conseqüente, esvaziamento de contrato.</p>	<p>A revisão do normativo do processo de doenças e lesões preexistentes (DLP) está sendo estudada pela área técnica,</p>

	independente de estar previsto na agenda regulatória.
Revisão do processo de CPT. Cancelamento do contrato quando haja comprovação de preexistência não declarada com possibilidade de recusa do procedimento envolvido, reinício de contagem do prazo em caso de omissão. Possibilitar retificação da DS por telefonema gravado. Em casos de dúvidas em relação à CPT, a OPS poderia interromper a RN 259 até a manifestação do segurado.	A revisão do normativo do processo de doenças e lesões preexistentes (DLP) está sendo estudada pela área técnica, independente de estar previsto na agenda regulatória.
Regras de portabilidade para planos com mais cifrões (upgrade);	O assunto está sendo avaliado pela área técnica.
Importante que seja precedida de evolução nos mecanismos de prevenção e combate à fraude, tais como revisão do processo de CPT.	A revisão do normativo do processo de doenças e lesões preexistentes (DLP) está sendo estudada pela área técnica independente de agenda regulatória.
Maior divulgação e estímulo a melhorias dos indicadores previstos no IDSS, fornecendo um ranqueamento público das Operadoras.	O Programa de Qualificação de Operadoras passou por ampla reformulação em 2016/2017, com mudança nas dimensões e no conjunto de indicadores. Essa reestruturação contou com ampla discussão com o setor, com representantes de operadoras e de prestadores. O programa não tem sofrido grandes alterações em seu escopo, pois é necessário formar uma série histórica para avaliação dos resultados reestruturados em 2016/2017. Ademais, desde 2020, com a Pandemia de COVID-19, o contexto não era favorável a mudanças, e foram feitos apenas ajustes e aprimoramentos nos indicadores, a partir de avaliação da equipe interna da ANS e de sugestões enviadas por representantes do setor. Tais sugestões são apresentadas tanto em reuniões, quanto encaminhadas por e-mail e correspondências à ANS. Ademais, anualmente são realizadas diversas oficinas sobre o IDSS, onde são recepcionadas sugestões e críticas para aprimoramento do Programa. Consideramos importante a sugestão para revisão dos indicadores. Esclarece-se que os resultados são divulgados no portal da ANS, para acesso de toda a sociedade. Também está

	disponibilizada no portal da ANS, planilha contendo as notas de cada operadora, o que permite o ranqueamento das mesmas.
Visto dos altos custos assistenciais das operadoras, altas sinistralidades, penso que seria de grande valia uma regulamentação específica, fundamentada e obrigatória para políticas de promoção à saúde. A medida, além de ser um auxiliador para as operadoras, onde você atua na prevenção das doenças e não no tratamento, reduzindo assim os custos, mas também muito importante para o beneficiário, que é motivo da existência da saúde suplementar. As medidas poderiam caminhar juntamente com o SUS, assim teríamos a saúde pública e privada melhorando a saúde das pessoas e reduzindo seus custos.	No tocante à medicina preventiva, já existe o Programa de Promoção em saúde e prevenção de doenças. As OPS podem submeter programas para a ANS. Ademais, ações de promoção e prevenção também estão previstas no manual de acreditação de Operadoras, no manual de certificação em atenção primária à saúde e no manual de certificação em parto adequado.
Iniciativas gerais com o objetivo de “quebrar o ciclo” vicioso em que prestadores de saúde preferem se manter fora das redes credenciadas das operadoras e serem remunerados via reembolso. Exemplo das clínicas de terapias, que não têm interesse em se credenciar junto aos planos, o que gera insuficiência de rede em algumas regiões, que, por consequência, leva à obrigação de reembolso integral, que é referendada pelo Judiciário e, com isso, os custos do setor ficam cada vez mais elevados	Essa questão está sendo tratada no projeto de vazios assistenciais e no projeto de critérios de alteração de rede.
Verticalização da rede e mecanismos para monitorar a qualidade da assistência prestada;	Estão sendo progressivamente implementados mecanismos para monitoramento da qualidade da assistência prestada na saúde suplementar, como o PM-QUALISS Hospitalar, iniciado em 2022.
Home Care como cobertura adicional;	Contribuição contemplada no anexo II da RN 546, conforme informações à seguir: 13. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS 13.1 Serviços ou cobertura adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, conforme abaixo: 13.1.1 Assistência / internação domiciliar;
Possibilidade de liquidar dívidas com a ANS (p.e. Multas) com o valor que temos a recebe de TSS.	Foi realizada consulta junto à Procuradoria da ANS sobre o tema que afirmou que há impossibilidade de compensação de taxa de saúde suplementar com multas aplicadas no âmbito do poder sancionador da Agência; mas que a compensação de créditos tributários admite os créditos vincendos, nos termos do Código Tributário Nacional.

<p>Possibilidade de compensar créditos com a ANS com valores de outra natureza (ex: TPS com multas).</p>	<p>Foi realizada consulta junto à Procuradoria da ANS sobre o tema que afirmou que há impossibilidade de compensação de taxa de saúde suplementar com multas aplicadas no âmbito do poder sancionador da Agência; mas que a compensação de créditos tributários admite os créditos vincendos, nos termos do Código Tributário Nacional.</p>
<p>Importante retomar o instituto da revisão técnica para produtos que apresentem desequilíbrio econômico-financeiro a fim de dar sustentabilidade ao negócio, evitando-se assim problemas de solvência de operadoras que possam pôr em risco a qualidade da assistência prestada.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será avaliada no estudo preliminar de análise econômico-financeira dos produtos.</p>
<p>Por fim, sugere-se que a Agência não se esqueça de compromissos assumidos em Agendas Regulatórias anteriores, como a revisão técnica de carteiras de planos individuais deficitárias e estímulos às operadoras que continuam comercializando planos com esse tipo de contratação (familiares).</p>	<p>Contribuição será considerada no âmbito do estudo preliminar de avaliação econômico financeira dos produtos.</p>
<p>Definição de valor limite (R\$) para ganho de ano de vida por tecnologia – análise de custo-efetividade (limiar de custo efetividade INCREMENTAL) - A ANS está adequando seus processos cada vez mais em linha com os da CONITEC que por sua vez espelha o NICE, sendo fundamental estabelecer o limiar de custo efetividade incremental para que as necessidades e interesses de todos stakeholders do processo sejam avaliadas mais adequadamente e as decisões sejam mais transparentes e socialmente aceitas.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada em conjunto com o normativo do rol.</p>
<p>Reinclusão do inadimplente no plano de saúde: A ANS deve estabelecer que o inadimplente só pode retornar ao plano de origem após quitar o valor devido.</p>	<p>Contribuição será considerada no âmbito do estudo preliminar de avaliação econômico-financeira dos produtos.</p>
<p>Aprimorar as regras afetas aos planos de saúde, conforme serviços ofertados, com objetivo de verificar excesso regulatório aos segmentos de menor complexidade, inclusive quanto a desproporcionalidade das multas.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será levada em consideração no momento da análise do tema regulatório intitulado Simplificação da situação do produto. Ademais, está sendo objeto de discussões internas no âmbito da DIFIS visando visitar a RN nº 489/2022. Além disso, a questão já é tratada no tema Proporcionalidade na regulação de solvência e nas regras de ativo garantidor.</p>
<p>Previsão normativa da possibilidade de exclusão de beneficiários de contratos coletivos ou rescisão de contratos individuais por má utilização do plano e possibilidade de cancelamento do contrato em caso de comprovação de preexistência não declarada com possibilidade de recusa do procedimento envolvido. Revisão da RN 412, por má utilização do beneficiário e, conseqüente, esvaziamento de contrato.</p>	<p>Contribuição para aprimoramento de normativo.</p>
<p>Permitir expressamente junta médica e auditoria no reembolso ou para glosas.</p>	<p>Contribuição para aprimoramento de normativo e será encaminhada para a área técnica. Não é tema de Agenda Regulatória.</p>

<p>Revisão periódica do Plano de contas Proposta da FenaSaúde: A RN 528/2022 dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde e as administradoras de benefício. O Plano de Contas Padrão da ANS compreende o conjunto de normas, elenco de codificação, modelos de publicação das demonstrações financeiras e manual de contabilização. A revisão periódica é importante devido as recorrentes alterações ou revogações do Comitê de Pronunciamentos Contábeis – CPC. Práticas divergentes, de certa forma, interfere nos custos das operadoras e na sustentabilidade do setor. A proposta do mercado é reativar o Comitê Contábil no qual serão discutidos recorrentemente pontos relevantes para as Operadoras.</p>	<p>A ANS entende que a revisão periódica do plano de contas é um processo contínuo que não deve estar explicitada em sua agenda regulatória.</p>
<p>A modificação das RNs nºs 195 e 196/09 é necessária para permitir que as operadoras possam cobrar, de forma individualizada, os beneficiários de planos coletivos, mitigando a reserva de mercado atualmente assegurada às administradoras de benefícios. Em um momento que se discute o acesso de mais brasileiros aos planos de saúde, a exclusão desse privilégio concedido às administradoras beneficiários pode reduzir significativamente os preços dos planos de saúde coletivos por adesão, em percentual que pode ultrapassar 30%. Outra proposta, já apresentada pela própria DIPRO, seria a criação de um plano coletivo por adesão da própria operadora, em que os beneficiários fariam a adesão com pessoas físicas, sem a intermediação de associações, sindicatos e das próprias administradoras. Certamente os preços cairiam em razão da ausência das taxas de associação e do spread das administradoras, o que permitiria mais ingressos na saúde suplementar. Esse plano seria reajustado pelo Pool de Risco, garantindo sua sustentabilidade.</p>	<p>As áreas técnicas podem trabalhar na temática porém não foi considerada como prioritária para constar na agenda devido à capacidade operacional da ANS.</p>
<p>Adequação das regras de compatibilidade para fins de portabilidade de planos para mitigar problemas up grade sem cumprimento de carência.</p>	<p>Reconhece-se a relevância do tema, porém há outros temas prioritários que serão trabalhados nessa próxima agenda.</p>
<p>Ampliar o acesso dos beneficiários à saúde suplementar por meio do estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei 9.656/98, conforme competência disposta no art. 4, inc. XIII da Lei 9.961/00.</p>	<p>Novos modelos de produtos são passíveis de estudos preliminares independentemente de estarem previstos em Agenda Regulatória.</p>
<p>Ampliar o acesso dos beneficiários à saúde suplementar por meio do estabelecimento de uma segmentação ambulatorial adicional, com a revisão da cobertura de terapias oncológicas e de emergência (sem procedimentos de alto custo, integrado, por exemplo, a um programa de gestão em saúde), conforme competência disposta no art. 4, inc. XIII da Lei 9.961/00. Em conjunto com a revisão da CONSU nº 13.</p>	<p>Novos modelos de produtos são passíveis de estudos preliminares independentemente de estarem previstos em Agenda Regulatória.</p>
<p>Proposta ABRAMGE: 2º tri/2023 - Revisitar a RN 162/07, em razão de se tratar de norma ineficaz e que merece ser aperfeiçoada, admitindo, por exemplo, a possibilidade de realização de entrevista qualificada pelo profissional de enfermagem, bem como modernizar as formas de realização da entrevista (meio virtual e gravação telefônica). Necessário destacar, que a necessidade de aperfeiçoamento do tema foi, inclusive, reconhecida pela ANS quando, em 2014, promoveu a Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde, que, infelizmente, acabou não produzindo efeitos práticos sobre a regulamentação da matéria, mas por outro lado todo o material produzido pode facilitar que o tema seja conduzido com prioridade no primeiro ou segundo trimestre de 2023.</p>	<p>Contribuição relevante que será considerada em outro projeto que não consta da Agenda Regulatória.</p>
<p>Regulação dos planos coletivos - regulação dos reajustes.</p>	<p>O assunto está contemplado no âmbito do estudo preliminar de avaliação econômico-financeira dos produtos.</p>

<p>Regulação de planos coletivos. A maior parte do mercado de planos de saúde é composta por planos coletivos. Contudo, esta Agência se debruça a uma regulação muito diferenciada entre esses planos e os planos individuais. No caso dos planos coletivos, em que os contratantes são empresas, sindicatos e associações, a ANS entende que não há uma grande assimetria de poder econômico e informação e não intervém, ou intervém muito pouco, apenas nos casos de contratos com grupos de até 30 usuários, e ainda assim de forma restrita. Pesquisas recentes sobre o tema têm demonstrado uma maior fragmentação desses contratos e diminuição ou mesmo inexistência de poder de barganha nestas relações. O tema é antigo e já foi parcialmente normatizado pela ANS (pela RN 421, sobre agrupamento de contratos, e a RN 309, sobre planos MEI). Há, inclusive, pareceres do corpo técnico da agência, com importantes documentos consolidados, tais como a Gerência Econômico-Financeira e Atuarial de Produtos (GEFAP) (2013/2017/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO). O documento aponta o problema dos reajustes mais elevados em planos coletivos e recomenda: (i) padronização de cláusulas de reajuste anual; (ii) aumento do agrupamento de contratos de 29 vidas para 100 nos planos coletivos empresariais; (iii) reajuste único para os contratos de adesão (agrupamento único); e (iv) aperfeiçoamento das interfaces de divulgação de reajustes entre operadoras, contratantes e consumidores. Este Conselho entende que este tema está maduro a ponto de ser realizada AIR, ou, no mínimo uma ARR das normativas atualmente vigentes, e não estudos preliminares sobre o tema. Por esse motivo, este Conselho pede que o tema seja realocado para o bloco de AIR, bem como solicita formalmente que esta agência elabore uma política de regulação de planos coletivos que contemple questões relativas a cancelamento, fragmentação, preço e reajuste.</p>	<p>Reajuste coletivo. A partir dos estudos preliminares de avaliação econômico-financeira dos produtos pode ser apontada a elaboração da AIR. É importante destacar que a metodologia da agenda regulatória da ANS prevê revisões anuais.</p>
<p>O contribuinte entende que este tema está maduro a ponto de ser realizada AIR. Há normativas que tratam de reajustes de planos coletivos (como a RN 421, sobre agrupamento de contratos, e a RN 309, sobre planos MEI), e divulgação de reajustes médios de planos coletivos, a partir da base do RPC, bem como estudos sobre política de preços e reajustes desde 2015 nesta agência, sem falar na realização de audiência pública sobre o tema em 2018. Assim, a questão está em situação de alto desenvolvimento no âmbito da ANS, merecendo ser tratada já no âmbito de uma AIR. Não bastasse isso, o tema já é estudado pelo corpo técnico da agência, com importantes documentos consolidados, tais como a Gerência Econômico-Financeira e Atuarial de Produtos (GEFAP) (2013/2017/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO). O documento aponta o problema dos reajustes mais elevados em planos coletivos e recomenda: 1) padronização de cláusulas de reajuste anual; 2) aumento do agrupamento de contratos de 29 vidas para 100 nos planos coletivos empresariais; 3) reajuste único para os contratos de adesão (agrupamento único); e 4) aperfeiçoamento das interfaces de divulgação de reajustes entre operadoras, contratantes e consumidores. Da nota, destaca-se a avaliação bastante crítica sobre as discrepâncias de reajustamento, que culminam em reajustes em altos percentuais, sobretudo nos casos em que as operadoras incluem fatores estatísticos para calcular o reajuste. Por esse motivo, o Idec pede que esta tema seja realocado para o bloco de AIR, bem como solicita formalmente que esta agência elabore, com urgência, uma política de regulação de planos coletivos que contemple avaliações das normativas hoje vigentes e se direcione para os seguintes aspectos: (i) fragmentação de contratos; (ii) levantamento de evidência científica sobre a existência ou não de poder de barganha em planos coletivos (especialmente os de adesão e planos abaixo de 100 vidas); (iii) política de cancelamento em planos coletivos de adesão e empresariais abaixo de 100 vidas. Ademais, avalia também que eventual regulação sobre este tema deverá, necessariamente, contemplar a i) fixação dos reajustes dos planos coletivos, ii) proteção dos consumidores frente a cancelamentos unilaterais e iii) comercialização dos planos individuais, (iv) padronização de cláusulas de reajuste anual; (v) aumento do agrupamento de contratos de 29 vidas para 100 nos planos coletivos empresariais; (vi) reajuste único para os contratos de adesão (agrupamento único); medidas que tornem efetivamente obrigatória a apresentação do contrato coletivo na integralidade para o consumidor de plano empresarial; (iv) facilitação do acesso às planilhas de sinistralidade pelo consumidor e não apenas o contratante, de maneira clara e fácil de entender (e não apenas relatórios resumidos de consultorias atuariais); (v) monitoramento e combate ao</p>	<p>A partir dos estudos preliminares de avaliação econômico-financeira dos produtos pode ser apontada a elaboração da AIR. É importante destacar que a metodologia da agenda regulatória da ANS prevê revisões anuais.</p>

<p>fenômeno da fragmentação dos contratos (quantidade maior de contratos coletivos pequenos) e da falsa coletivização.</p>	
<p>Revisão do artigo 10 da Lei 9656/98, permitindo a avaliação de medicamentos de uso domiciliar. Considerações: Os rápidos e constantes avanços em inovação tecnológica impulsionarão, cada vez mais, a migração de apresentações que necessitam de internação ou assistência para uma administração domiciliar. Considerando este cenário, solicitamos a atenção desta agência quanto à avaliação de casos que visam, também, contribuir para maior aderência ao tratamento, conforto e segurança aos pacientes, ao mesmo tempo em que diminuem custos ao setor.</p>	<p>O tema tem relevância e merece atenção, mas entendemos que ele não deve constar como tema da agenda regulatória da ANS. Será considerado na atuação da agência, respeitadas as disposições e competências legislativas.</p>
<p>Outra medida importante para trazer mais beneficiários para o setor seria a criação de uma nova segmentação assistencial por parte da Agência, incluindo somente consultas, exames e terapias simples, o que permitiria preços mais baratos e que as operadoras concorressem com as chamadas "Clínicas Populares" e "Cartões de Desconto", que não asseguram um tratamento continuado aos seus "clientes". A ANS também deveria atuar na fiscalização dos prestadores de serviços, que cada vez encontram-se mais concentrados em conglomerados que ditam regras de credenciamento, impõem tabelas unilaterais e, por consequência, promovem a inflação nos custos assistenciais.</p>	<p>Novos modelos de produtos são passíveis de estudos preliminares independente de estarem previstos em Agenda Regulatória.</p>
<p>Estabelecer regras expressas que coíbam o reembolso sem o prévio desembolso, estruturar regras de combate às fraudes e abusos em geral.</p>	<p>O tema tem relevância e merece atenção, mas entendemos que ele não deve constar como tema da agenda regulatória da ANS. A ANS já recepcionou o pleito em outros canais.</p>
<p>Investimento em canal de comunicação entre operadora e ANS com foco em coibir fraudes, com a criação de canal específico com a Agência para apontamento de casos suspeitos como mascaramento de tratamento estético, fracionamento de recibos, solicitação de reembolso sem a realização do procedimento, dentre outros. Nestes casos, eventual fiscalização deverá considerar indícios apontados.</p>	<p>O tema tem relevância e merece atenção, mas entendemos que ele não deve constar como tema da agenda regulatória da ANS. A ANS já recepcionou o pleito em outros canais.</p>
<p>Combate à Fraude A fraude sempre foi um desafio a ser enfrentado pelo setor. O estudo "Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar", realizado pelo IESS mostra que, em 2017, quase R\$28 bilhões dos gastos das operadoras médico-hospitalares do país com contas hospitalares e exames foram consumidos indevidamente por fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários. Segundo o trabalho, as despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares somaram R\$ 145,4 bilhões, em 2017. Sendo assim, os gastos de R\$ 27,8 bilhões com fraudes e desperdícios representam 19,1% desse total, comprometendo a qualidade da assistência, as finanças do setor e onerando os contratantes de planos de saúde. As fraudes podem partir de atores diversos, como clínicas, médicos, corretores, beneficiários ou terceiros, e envolvem estratégias cada vez mais estruturadas. Dentre os mecanismos utilizados pelos fraudadores, observa-se a abertura de NIPs por terceiros, com utilização de dados do beneficiário sem o devido consentimento, em que se questiona reembolsos de procedimentos não realizados para pagamento em contas fraudadas, com indícios de fraude ou fraude comprovada no que diz respeito à documentação apresentada. Esse é apenas um exemplo que ilustra o desvirtuamento do valioso instrumento de mediação gerido pela ANS. Uma outra fraude já observada há algum tempo relaciona-se com o preenchimento da Declaração de Saúde. Em recente trabalho dessa Federação, constatou-se que o processo administrativo para comprovação de DLP, na prática, não se revela efetivo. O tema foi, ainda, debatido em 2014 na Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde - Doenças ou Lesões Preexistentes, sem desfecho formal aos trabalhos. Registra-se que em relação à NIP, o que se espera é que a ANS atue imbuída da função de zelar pelo instrumento e de garantir a utilização estritamente para mediação de conflitos entre beneficiários e operadoras. Nesse sentido, em relação à RN nº 483/2022, cita-se, à título de exemplo, a</p>	<p>O tema tem relevância e merece atenção, mas entendemos que ele não deve constar como tema da agenda regulatória da ANS. A ANS já recepcionou o pleito em outros canais.</p>

<p>relevância da revisão das regras que permitem a abertura de reclamações por terceiros sem conhecimento do beneficiário, sem registro prévio na operadora (protocolo), sem procuração e com absoluto desvio de finalidade do instituto. Sobre a RN nº 162/2006, a proposta é de aperfeiçoamento do processo administrativo para comprovação de conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário, tornando a norma um instrumento efetivo de combate à fraude. Para reduzir fraudes em prol da sustentabilidade do setor, é indispensável o engajamento de todos os atores que compõem a cadeia. Nesse contexto, o que se propõe é a abertura do tema fraude para discussão na seção de “estudos preliminares”, por meio da criação de um grupo de trabalho e de um canal para relato de fraudes.</p>	
<p>Avaliar mecanismos de combate à fraude e regras que possam ser aprimoradas para evitar abusos, tanto na relação operadora e prestador, quanto na relação operadora e beneficiário.</p>	<p>O tema tem relevância e merece atenção, mas entendemos que ele não deve constar como tema da agenda regulatória da ANS. A ANS já recepcionou o pleito em outros canais.</p>
<p>Adequação dos normativos para ampliar acesso aos produtos, a exemplo da oferta conjunta de planos individuais médico-hospitalares e planos odontológicos.</p>	<p>Novos modelos são passíveis de estudos preliminares independentemente de estarem previstos em Agenda Regulatória.</p>

Avaliação de Resultado Regulatório (ARR)

Tema da ARR	Atos normativos a serem submetidos à ARR
Visita técnico-assistencial	IN nº 53/2017
Parâmetros da metodologia do reajuste individual	RN nº 441/18
Análise sobre os conceitos de grupo econômico e rede própria na saúde suplementar	RN nº 85/2004, RDC nº 39/00 e IN nº 43/2013
Autogestões	RN nº 137/2006 e IN nº 20

Visita técnico-assistencial

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
Inclusão de entidades de defesa do consumidor e de representantes dos Prestadores nas visitas técnico assistenciais. - Maior esclarecimento sobre os critérios da IN 53 que definem a indicação do Monitoramento técnico assistenciais.	Não há previsão legal para o primeiro item. O segundo item será avaliado no âmbito da ARR.

<p>De acordo com a instrução normativa-in nº 53, de 18 de julho de 2017: “A visita técnico-assistencial consiste em uma ação de campo realizada nas instalações da operadora com o objetivo de traçar diagnóstico de conformidade da atenção à saúde prestada em relação às exigências regulatórias e aos produtos e à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos de saúde”. Tem como finalidade, ainda, coletar informações relacionadas aos produtos da operadora, examinar seus processos e resultados em cuidado em saúde, bem como verificar a confiabilidade dos dados enviados à ANS no âmbito da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), em especial os relacionados aos indicadores assistenciais presentes no mapeamento do risco assistencial.” Na atualidade, o pós pandemia, deixou uma série de sequelas nas pessoas que conseguiram sobreviver à Covid 19- inclusive agravos na saúde mental, que desencadearam e ou agravaram quadros psiquiátricos, uso problemático de álcool e outras drogas. Nesse sentido os serviços de saúde que prestam assistência em saúde mental devem se pautar de acordo com a Lei 10216 – regida por princípios e direitos humanos no cuidado da assistência que esse amparo possa dirigir os processos de visita assistencial, quem em seus artigos destacamos o segundo. Pela Lei 10216/2001 que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e promove uma reorientação do modelo assistencial em saúde mental suas diretrizes garantem um olhar mais crítico e apurado sobre possíveis violações de direitos humanos em instituições que prestam serviços para pessoas com transtornos mentais que devem ser garantidos nos atendimentos em saúde mental , de qualquer natureza conforme descrito no artigo 2º da lei. Em resumo, os direitos a serem exercidos neste artigo visam garantir um atendimento individualizado, com humanidade e respeito, visando sua desinternação e seu tratamento em serviços abertos . Protegem também as pessoas com transtornos mentais contra abusos e explorações e garantem sigilo das informações prestadas, bem como ter acesso à presença médica para esclarecimentos sobre a necessidade ou não de sua internação. Há que se considerar também nas visitas assistenciais os princípios e diretrizes da Convenção Sobre os Direitos da Pessoa Com Deficiência (2008) do qual o Brasil é signatário.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração da ARR de visita técnico-assistencial.</p>
<p>Definição de critérios objetivos para agendamento e “pauta” das visitas técnico-assistenciais. - Estabelecer um prazo maior que antecede a visita a fim que a OPS possa se preparar com relatórios mais densos, por ex. - Estabelecer critérios/tópicos a serem abordados a fim de assegurar a assertividade por parte da OPS, a tempo de realizar levantamentos por parte das OPS. - Se surgirem outros tópicos na visita que não foram objeto dos critérios já estabelecidos, que sejam concedidos novos prazos para a OPS se manifestar. /Definição de critérios objetivos para o agendamento da visita técnica bem como divulgar antecipadamente a pauta da reunião com prazo adequado para que a operadora possa reunir elementos técnicos, levantamentos internos e relatórios mais aprofundados para maior efetividade da visita.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração da ARR de visita técnico-assistencial.</p>

Parâmetros da metodologia do reajuste individual

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>A Abramge entende que o tema deve ser priorizado. Revisão da metodologia do reajuste do plano individual, objetivando trazer equilíbrio à carteira de planos individuais - A Abramge defende a mudança no modelo de reajuste, de modo que cada operadora possa calcular e comprovar à ANS o índice de reajuste necessário para equilíbrio da carteira. Seria também fator condicionante, a apresentação por parte da operadora de Relatório de Auditoria Independente, atestando a necessidade do índice solicitado, bem como a ampla divulgação do índice. - Sugestão de conclusão para 1º tri/2023.</p>	<p>Essa contribuição já foi recebida pelo e-protocolo e será analisada durante o desenvolvimento do projeto.</p>

<p>No que diz respeito à metodologia do reajuste individual, ressaltamos a importância da nova forma de cálculo, que garantiu maior transparência e segurança ao processo. A ocorrência da pandemia reforçou essa questão, e pode ser um referencial para eventuais ajustes que sejam utilizados em situações excepcionais como a que vivenciamos. Também devem ser considerados outros mecanismos utilizados durante o período para o reajuste, como a suspensão e posterior recomposição de valores, mas já inserir no processo a necessidade de ampliar a regulamentação para os planos coletivos, conforme a própria equipe técnica da ANS já vem propondo. Esse tema deve ser enfrentado a partir de uma discussão ampliada com a sociedade civil e suas representações.</p>	<p>Contribuição de mérito para o estudo preliminar de avaliação econômico-financeira dos produtos.</p>
<p>Definir pontuação de Operadoras de melhor desempenho no IDSS para cálculo de reajuste. - Considerar índices de NIPs como um dos critérios para cálculo de reajuste. - Considerar índices de reajustes de prestadores como critério balizador.</p>	<p>Contribuição de mérito que será considerada no momento da elaboração da ARR.</p>
<p>De acordo com a proposta da ANS. O mercado de planos individuais tem sofrido uma rápida deterioração nos últimos anos. Entre 2014 e 2021 este mercado perdeu um milhão de beneficiários (cerca de 10%). Entre dezembro de 2011 e dezembro de 2021, a participação dos planos individuais no total de beneficiários de planos de saúde se reduziu de 20,8% para 18,2%. Essa redução ocorre apesar do desejo da população em ter um plano de saúde. O principal fator que desestimula as operadoras em seguir oferecendo planos individuais de saúde, de forma compatível com essa demanda crescente, são os processos de reajuste anual das mensalidades reguladas pela ANS, os quais não autorizam as operadoras a repor a totalidade das perdas decorrentes da variação dos seus custos médico-hospitalares. Para reverter essa tendência e manter aquecido o mercado de planos individuais de saúde, nossa sugestão é que a ANS reveja sua política de reajustes, mediante estudo de Análise de Resultado Regulatório. Novos critérios para o reajuste deveriam se orientar para um modelo de expansão dos planos individuais sustentável para beneficiários e operadoras. Isso exigiria a transição gradual de um modelo de regulação de tetos de reajuste uniformes para todos os planos individuais para um modelo de regulação de reajuste individuais por operadora, baseado em sua variação de custo, que considere a ampliação no rol de procedimentos, e no incentivo à premiação por desempenho, numa perspectiva de geração de valor para os segurados. Os documentos que embasarem o cálculo do reajuste, inclusive a auditoria, deverão ser disponibilizados pelas operadoras à ANS anualmente, observados o procedimento e o prazo previstos em regulamentação a ser editada pela ANS. Tal regulação encontra amparo nas evidências internacionais de políticas de reajustes de preços. Importante retomar o instituto das revisões técnicas para situações especiais de desequilíbrio atuarial de carteiras, regularmente, com prazo a ser definido, e extraordinariamente quando a sinistralidade, considerando-se os beneficiários fora do período de carência, estiver superior ao parâmetro médio de equilíbrio estabelecido nas Notas Técnicas Atuariais de Registro de Produtos.</p>	<p>Essa contribuição já foi recebida pelo e-protocolo e será analisada durante o desenvolvimento do projeto.</p>

<p>A metodologia nova tem vantagens e pontos de atenção, analisados a seguir. O primeiro avanço desta metodologia em relação à anterior se refere aos fatores transparência e reprodutibilidade. Ao fixá-la em Resolução, ao mesmo tempo em que se disponibilizou o acesso aos dados relativos ao cálculo da VDA, também aumentou o grau de transparência da política, ao mesmo tempo em que permitiu que outros atores reproduzissem o cálculo. O segundo deles se refere à neutralização do problema anteriormente detectado pelo TCU, de alto risco de bis in idem que havia no critério anterior, focado na média dos reajustes coletivos (yardstick competition) acrescida do fator incorporação tecnológica (fator exógeno). Não se baseando mais nessa média, nem incluindo no cálculo do fator exógeno, os problemas apontados anteriormente pelo TCU foram neutralizados. Além disso, a metodologia produziu o menor reajuste da série histórica, chegando a -8,15% em 2020. Embora tenha havido muita pressão por parte do setor regulado de rejeitar um reajuste negativo, tanto que a ANS solicitou um parecer da PROGE se seria lícito autorizar reajustamento em forma de desconto, o índice foi autorizado e sua incidência foi capaz de devolver aos consumidores de planos individuais parte das economias que o mercado experimentou durante o início da pandemia, decorrentes de uma brutal redução no uso dos serviços de saúde, em especial os eletivos. Contudo, se há ganhos, por um lado, há ainda questões que não prescindem de ajustes para a plena efetividade dessa política. Um fator relevante é que essa metodologia não leva em conta o lucro das operadoras, uma vez que um maior ganho de excedentes no setor significaria melhor desempenho das empresas, justificando reajustes menos elevados. Sugere-se ainda alguns dados que possam ser fornecidos pelas empresas para análise econômica de seu desempenho de mercado associadas à atividade financeira, como parcela de ativos financeiros sobre o total de ativos, peso dos lucros financeiros no lucro total, evolução da alavancagem, relação das despesas financeiras sobre os lucros. Em segundo lugar, ao mesmo tempo em que produziu o menor reajuste da série histórica, a mesma metodologia produziu o maior reajuste, de 15%, em 2022. Tal reajuste foi de grande impacto para os consumidores, que ainda no momento estão lidando com a crise econômica, ao mesmo tempo em que a pressão de entrada (resistência ao sair) desse mercado é majorada pelo receio que consumidores têm de depender exclusivamente do SUS - duramente impactado pela pandemia, ainda não restabelecido. Assim, embora a metodologia tenha ganhos em transparência e reprodutibilidade, ela não oferece o mesmo em termos de previsibilidade. Uma das razões para isso é o fato de ter sido pensada para tempos de normalidade sanitária, o que não foi o que aconteceu durante a pandemia. O período de excepcionalidade foi importante para testar os limites da fórmula e permitir ver como o período curto de consideração (de um ano a outro) para mensurar VDA e IPCA podem gerar instabilidade na fixação do índice. Um ajuste que poderia ser feito nesse sentido seria o de considerar um período de tempo maior para a mensuração da VDA e do IPCA base para o cálculo. Por fim, o Idec sugere a necessidade de expandir a avaliação geral para outras normativas que tratam de política de preços, para além de planos individuais. Em especial, chamamos a atenção para a necessidade de análises de impacto regulatório das Comunicações que instituíram a suspensão e a recomposição e reajustes, mensurando impactos dessas normativas para os preços praticados em planos individuais e coletivos. nesse sentido, o Idec já havia, quando da emissão dos Comunicados 85 e 87/2020, sobre a necessidade de a ANS compor uma câmara técnica que pudesse dimensionar os impactos dos índices pandêmicos.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração da ARR.</p>
<p>A atual metodologia gerou maior previsibilidade, mas é preciso avançar ainda mais. Alguns parâmetros da metodologia ainda carecem de melhor definição. O fator de eficiência é muito sensível à dispersão dos dados e conversa pouco com a real função da operadora na gestão assistencial. Sugerimos substituir o fator de eficiência por um indicador que converse com os modelos mais atuais de atenção à saúde.</p>	<p>Contribuições de mérito que serão analisadas pela ANS no momento de elaboração da ARR.</p>

Análise sobre os conceitos de grupo econômico e rede própria na saúde suplementar

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>A prestação de serviços de saúde pela rede própria das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde pode ser muito positiva como modelo de negócio. Por sua vez, a Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP não pode deixar de registrar os possíveis conflitos entre contenção de custos e prestação da melhor assistência à saúde disponível. Assim, propõe-se que o tema seja analisado especialmente no que se refere à qualidade da assistência ofertada.</p>	<p>A ANS já possui programa de avaliação de rede.</p>
<p>Esse tema é de grande relevância para os prestadores de serviços de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar deve considerar, para esse caso, os possíveis conflitos de interesses envolvidos na prestação de serviços de saúde diretamente pela rede própria das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, especialmente no que se refere à qualidade da assistência ofertada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Assim, a Abramed propõe que a avaliação a ser feita pela ANS considere a qualidade assistencial dos serviços ofertados ao beneficiário.</p>	<p>Contribuição de mérito a ser considerada no momento de elaboração da ARR.</p>
<p>A RDC nº 39, de 2000, foi atualizada para a RN nº 531, de 2022, em razão do Decreto 10.139, de 2019.</p>	<p>Contribuição de mérito acatada.</p>
<p>O conceito de rede própria usado pela RN nº 475/21 é mais amplo que o usado pelo Registro de Planos de Saúde (RPS) e pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 531/22. Na RN nº 475/21, todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade da operadora, ou sob controle econômico comum, ou com participação relevante da operadora ou do grupo do qual ela está inserida, será considerado como rede hospitalar própria. Importante a análise sobre os conceitos de grupo econômico e rede própria proposto pela ANS neste tópico e uma convergência de conceitos entre as normas da ANS. As resoluções apresentadas a serem submetidos à ARR são normas de autorização, de funcionamento, cadastro de produtos e prestadores e de segregação de tipos de operadora. Solicitamos a inclusão da RN nº 475/21 na avaliação da agência e um maior esclarecimento do que se pretende com a revisão.</p>	<p>Contribuição de mérito será incorporada no estudo de ARR.</p>
<p>Para além da avaliação sobre tais conceitos à luz das normativas citadas, que se referem, sobretudo, a procedimentos de registro dos produtos, este contribuinte entende que também é necessário considerá-los também diante de outros procedimentos recorrentes nos planos de saúde, como descrédenciamento e redimensionamento. Este contribuinte entende que, ao longo de sua vigência, um plano de saúde não pode ser descaracterizado, a ponto de se tornar um produto diferente daquele contratado inicialmente pelo consumidor.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento de elaboração da ARR.</p>
<p>Considerando a pluralidade de entes que atuam na Saúde Suplementar, na oportunidade de análise, deve ser considerado a Lei nº 5.764/71 e as peculiaridades inerentes ao sistema cooperativista e as relações de risco compartilhado em virtude de atendimento por rede indireta, porém, autônoma.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento de elaboração da ARR.</p>

Autogestões

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>A AIR poderia considerar, por exemplo: a revisão das regras de acesso para autogestões;</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento da elaboração da ARR.</p>
<p>Na qualidade de representantes das autogestões, entendemos que a Avaliação de Resultado Regulatório da RN n. 137, de 2006, deve ser efetuada de forma prioritária, pois desde 2014, quando a última alteração efetuada na citada norma pela RN n. 355, a UNIDAS tem apresentado sugestões e participado de inúmeras discussões com diferentes dirigentes da ANS, demonstrando a necessidade da alteração da citada norma, principalmente a revisão do conceito de autogestão, nos seus três níveis, não se justificando que os patrocinadores devam ser do mesmo grupo econômico ou ramo de atividade, nem que as autogestões devam ser de uma única categoria profissional, enquanto que o conceito de contrato coletivo por adesão é bem mais amplo no art. 9º. da RN n. 195, de 2009. Aludida norma deve ser revista dentro de princípios da liberdade econômica estabelecidos na Lei n. 13.874, de 2019, da autonomia de vontade e do direito de associação previsto constitucionalmente. Verifica-se que os conceitos atualmente praticados são extremamente restritivos, inviabilizando o crescimento das autogestões, e o direito de trabalhadores, servidores e pessoas jurídicas se organizarem neste formato, sem finalidade lucrativa. Igualmente, não se justifica que as autogestões não possam compartilhar sua rede credenciada com operadoras de mercado, enquanto estas podem oferecer suas redes para as autogestões. Nem mesmo que os beneficiários das autogestões, na forma prevista no seu estatuto social, não possam redimensionar suas redes de prestadores de serviços sem a intervenção da ANS. Aludidas questões e outras já encaminhadas para ANS, não podem ser apreciadas somente no 4º. Trimestre de 2024, pois estas injustas e indevidas limitações tem prejudicado as autogestões. Lembrem-se que a autogestão é o segmento que tem o maior número de idosos, bem como que possui baixa litigiosidade, pois seus beneficiários e/ou patrocinadores participam da composição de seus órgãos colegiados de administração superior. Portanto, as autogestões devem gozar de um tratamento diferenciado, como mencionado no próprio parágrafo 1º. do art. 8º. da Lei n. 9.656, de 1998, devendo ser revistas, principalmente, condições de elegibilidade, patrocínio, objeto social e outros aspectos já apresentados pela UNIDAS, de forma urgente, não podendo tal assunto ficar para o 4º. Trimestre de 2024, principalmente em face do papel social que as autogestões exercem no país. Portanto, entendemos que deve ser alterado o prazo de revisão da RN n 137.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito a ser considerada no momento de elaboração da ARR.</p>
<p>Na revisão do normativo, que possui diversos itens a serem apreciados, relevante aprimorar os elegíveis às autogestões, contemplando os conceitos do art. 9º da RN nº 195 quanto a vínculo profissional, classista ou setorial, além da desvinculação a ramo de atividade ou grupo econômico para integrar a mesma autogestão.</p>	<p>Agradecemos a contribuição. Contribuição recepcionada como contribuição de mérito a ser considerada no momento de elaboração da ARR.</p>

Sugestões de outras Avaliações de Resultado Regulatório (ARRs)

CONTRIBUIÇÃO	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>Proposta de inclusão na Agenda Regulatória 2023/2025 da ANS da análise da efetividade e cumprimento da Lei nº 13.003/2014 A Lei nº 13.003/2014 impôs uma série de requisitos aos contratos firmados entre prestadores de serviços de saúde e as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. A ABRAMED solicita à ANS a inclusão na Agenda de Avaliação de Resultado Regulatório a regulamentação editada em cumprimento à Lei nº 13.003/2014 e do alcance dos objetivos trazidos pelo legislador.</p>	<p>O assunto está sendo estudado pela ANS. Contudo, não cabe à ANS elaborar uma ARR sobre a Lei 13.003/2014 pois a alteração da lei não é da governança da Agência.</p>
<p>Cobertura ilimitada de consultas e sessões com profissionais de saúde Prazo de conclusão: 3º tri/2025 Atos normativos a serem submetidos à ARR: RN 539 e 541/2022 Justificativa conforme Decreto nº 10.411/2020: Art. 12; Art. 13, § 3º, II. existência de problemas decorrentes da aplicação do referido ato normativo; III. impacto significativo em organizações ou grupos específicos. A AIR foi dispensada em razão de urgência, sendo, portanto, de extrema relevância que sejam objeto de ARR no prazo de três anos da sua vigência. A decisão foi tomada em razão de apelos sociais e decisões judiciais, sendo fundamental monitorar os desdobramentos dessa regulação, tais como, os métodos praticados e as quantidades de horas realizadas nas variadas situações. É necessário que a ANS auxilie na identificação das boas práticas e intervenha para coibir os abusos e oportunismos de alguns profissionais, considerando, inclusive, a fragilidade das evidências científicas para vários métodos aplicados, que sequer têm o balizamento das respectivas classes profissionais. Também não se tem clareza com relação aos requisitos e às entidades responsáveis pela certificação dos diversos métodos existentes e de vários outros que surgem a todo momento.</p>	<p>Contribuição de mérito. Pretende-se realizar ARR sobre o Rol, porém, em um primeiro momento, optou-se por não pactuá-la na Agenda Regulatória. Cumprir destacar, ainda, que a decisão da Agência foi amparada em aspectos técnicos, inclusive a dispensa de AIR.</p>
<p>Processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Prazo de conclusão: 3º tri/2025 Atos normativos a serem submetidos à ARR: RN 470/2021 e RN que resultará da CP 99/2022. Justificativa conforme Decreto nº 10.411/2020: Art. 12; Art. 13, § 3º, I. ampla repercussão na economia ou no País; III. impacto significativo em organizações ou grupos específicos. Esses normativos foram editados para dispor sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da ANS. A AIR foi dispensada em razão de urgência, sendo, portanto, de extrema relevância que sejam objeto de ARR no prazo de três anos da sua vigência. Há que se avaliar os impactos do processo contínuo de incorporação de tecnologias no Rol, inclusive provenientes da CONITEC. É fundamental revisitar conceitos e rever entendimentos a respeito da incorporação de medicamentos na segmentação ambulatorial, que estão dissonantes dos regramentos estabelecidos no artigo 10 da Lei 9656/98. É questionável por não haver sentido, a ANS argumentar que os medicamentos antifúngicos (exclusão legal) foram incorporados ao Rol em razão de infecções oportunistas em internações de longa permanência ocorridas em razão da pandemia de Covid-19. Outros exemplos de interpretações que resultam em ampliação do escopo legal são: considerar a reposição de carboximaltose férrica (exclusão legal) elegível para incorporação no Rol; procedimentos de reprodução assistida e medicações pós-transplantes.</p>	<p>Contribuição de mérito e será avaliada no momento da finalização do novo normativo. Cumprir destacar, ainda, que a decisão da Agência foi amparada em aspectos técnicos, inclusive a dispensa de AIR.</p>
<p>Necessidade de revisar o quadro de problemas regulatórios gerados aos usuários pela falsa coletivização dos planos de saúde que continuam operando e aplicando reajustes sem regulação da Agência e, em muitos casos, abusivos. A falha regulatória expõe ainda mais o usuário final, colocando em risco a proteção da sua saúde. Estima-se que, atualmente, algo em torno de 5,5 milhões de pessoas estejam vinculados a esses tipos de planos, quando poderiam estar adequadamente vinculados a planos individuais e familiares.</p>	<p>O assunto está contemplado no âmbito do estudo preliminar de avaliação econômico-financeira dos produtos.</p>

<p>Realizar ARR da IN16/2022 (antiga IN 37/11) relativa às regiões de saúde. É preciso atualizá-las.</p>	<p>A partir do desenvolvimento do estudo preliminar de vazios assistenciais será possível atualizar as regiões de saúde.</p>
<p>Ato normativo a ser submetido à ARR: RN nº 503, de 2022 (critérios de qualidade e desempenho no preço e reajuste dos contratos com prestadores). Conforme deliberação da Dicol, quando da aprovação da RN nº 436, de 2018, a ARR deveria ocorrer em 02 (anos), porém não foi prevista na edição da RN nº 503, de 2022, que a substituiu.</p>	<p>Seria relevante recebermos dados/informações qualificadas para avaliarmos o impacto da RN 436 para operadoras odontológicas.</p>
<p>Devido ao impacto da Lei nº 14.454/22 faz-se necessário revisar as RN 259 e RN 454.</p>	<p>Impacto do rol exemplificativo. Seria interessante a ANS receber dados/informações qualificadas que subsidiem a análise do impacto do Rol exemplificativo nas autogestões.</p>
<p>Avaliar o impacto das coberturas extra rol, nos termos da Lei 14.454, de 2022, como forma de garantir acesso com a manutenção da sustentabilidade do setor.</p>	<p>Para que seja possível a realização de ARR para avaliar o impacto das coberturas extra rol é fundamental que as operadoras subsidiem a ANS com informações/dados demonstrando da despesa assistencial.</p>
<p>Necessidade do estabelecimento de critérios e métodos de equilíbrio econômico-financeiro das carteiras, frente à imprevisibilidade de coberturas que vem se desenhando pelas decisões judiciais, de maneira que haja equilíbrio na sua precificação e manutenção do contrato.</p>	<p>Para que seja possível a realização de ARR para avaliar o impacto das coberturas extra rol é fundamental que as operadoras subsidiem a ANS com informações/dados que demonstrem o aumento da despesa assistencial.</p>
<p>Sugerimos que seja incluído no ARR da Agenda Regulatória a análise do impacto das cobertura de técnicas e métodos instituída pela RN nº 541/22. Sugerimos que seja incluído no ARR da Agenda Regulatória a análise do impacto das previsões contidas na Lei nº 14.454/22, com previsão de cobertura de procedimentos com eficácia comprovada e fora do rol de eventos em saúde regido por esta Agência.</p>	<p>Impacto do rol exemplificativo. Seria interessante a ANS receber dados/informações qualificadas que subsidiem a análise do impacto do Rol exemplificativo nas operadoras.</p>

<p>Ato normativo a ser submetido à ARR: RN nº 365, de 2014. Justificativa conforme o §3o do art. 13 do Decreto no 10.411/2020: III - impacto significativo em organizações ou grupos específicos; e V - vigência há, no mínimo, cinco anos. Objetiva-se aproximar as regras de cancelamento da oferta pelo prestador às de encerramento de atividades previstas para prestador hospitalar para situações como: óbito, aposentadoria, mudança de endereço para regiões não atendidas pela operadora.</p>	<p>Contribuição recepcionada. Será levada em consideração a possibilidade de aprofundamento da discussão a partir da capacidade operacional disponível.</p>
<p>Ato normativo a ser submetido à ARR: RN nº 489, de 2022, quanto ao tema porte econômico para fins de aplicação de sanção pecuniária. Justificativa conforme o §3o do art. 13 do Decreto no 10.411/2020: III - impacto significativo em organizações ou grupos específicos; e V - vigência há, no mínimo, cinco anos.</p>	<p>O tema está sendo objeto de discussões internas visando visitar a RN Nº 489/2022.</p>
<p>Necessidade de normatização da atuação das administradoras de benefícios de planos de saúde. Como a RN nº 515, de 29/4/2022, não promoveu alteração substancial na RN nº 196/2009, a regulação continua não prevendo obrigações às administradoras de benefícios, em especial perante os usuários dos planos de saúde. Considera-se importante assegurar o respeito ao direito de informação do consumidor quanto ao papel, utilidade e remuneração de tais entidades, bem como para assegurar a prévia informação, devidamente fundamentada, aos beneficiários dos planos coletivos não empresariais, dos percentuais de reajuste negociados entre administradoras, contratantes e operadoras. O Ministério Público Federal acompanha o tema por meio do procedimento administrativo nº 1.00.000.008004/2015-75.</p>	<p>As áreas técnicas podem trabalhar na temática porém não foi considerada como prioritária para constar na agenda devido à capacidade operacional da ANS.</p>
<p>Atuação das administradoras de benefícios - rever obrigatoriedade das mesma atuarem na intermediação das contratações coletivas;</p>	<p>As áreas técnicas podem trabalhar na temática porém não foi considerada como prioritária para constar na agenda devido à capacidade operacional da ANS.</p>
<p>Redefinição de forma mais clara os limites ou obrigações das Operadoras diante da lei vigente (Lei 14.454/22) - Esclarecimentos sobre quais são os critérios ou níveis de evidências a serem considerados quando da excepcionalização de cobertura do Rol.</p>	<p>Impacto do rol exemplificativo. O tema está sendo avaliado no âmbito interno da agência e está em consulta à PROGE.</p>
<p>Critérios para a realização de junta médica ou odontológica Prazo de conclusão: 2º tri/2023 Atos normativos a serem submetidos à ARR: RN 424 de 26/6/2017 Justificativa conforme Decreto nº 10.411/2020: § 3º, II. existência de problemas decorrentes da aplicação do referido ato normativo; V. vigência há, no mínimo, cinco anos. A junta é um instrumento de grande valia como mecanismo de regulação e sua utilização pelas operadoras está validada desde a Resolução CONSU 8/1998. A RN 424 que regulamentou este processo foi editada em 2017 e, além do prazo de vigência, existem situações que justificariam a sua inclusão na ARR e consequente revisão da norma para ajustá-la à dinâmica atual do mercado. A junta é um instrumento que protege o paciente, evita desperdícios e fraudes. A necessidade de dirimir divergências técnicas não se restringe aos casos de autorização prévia. As divergências ocorrem também nos casos de reembolso, que não pode ser um “cheque em branco”. Também é cabível utilizar esse mecanismo de regulação no pós-evento e em demandas para pacientes já internados, considerando a evolução do quadro clínico e que eventuais complicações alteram a condição inicial que foi validada (ou não) com a operadora. Com as alterações promovidas pela Lei 14.454, a junta será necessária também para as situações de cobertura extra rol.</p>	<p>Contribuição para aprimoramento de normativo e será encaminhada para a área técnica competente.</p>

<p>Ato normativo a ser submetido à ARR: IN Dipro 23, de 2009. Justificativa conforme o §3º do art. 13 do Decreto nº 10.411/2020: III - impacto significativo em organizações ou grupos específicos; e V - vigência há, no mínimo, cinco anos. Pleitos da Sinog apresentados ao longo do GT Odonto se vinculam a esse normativo, como oferta de cobertura adicional sem obrigatoriedade de ser aplicada a todos os contratos.</p>	<p>Contribuição recepcionada. Será encaminhada para a área técnica avaliar.</p>
<p>Ato normativo a ser submetido à ARR: RN nº 195, de 2009. Justificativa conforme o §3º do art. 13 do Decreto no 10.411/2020: III - impacto significativo em organizações ou grupos específicos; e V - vigência há, no mínimo, cinco anos. Diversos pleitos da Sinog apresentados ao longo do GT Odonto se vinculam a esse normativo (instituição de plano de saúde com vigência superior a 12 meses; início de vigência do contrato de plano de saúde; reunião de empresários individuais para contratação coletiva; não interferência nas políticas de RH para ingresso de beneficiário em plano coletivo).</p>	<p>As áreas técnicas podem trabalhar na temática porém não foi considerada como prioritária para constar na agenda devido à capacidade operacional da ANS.</p>
<p>Ato normativo a ser submetido à ARR: RN nº 488, de 2022. Justificativa conforme o §3º do art. 13 do Decreto no 10.411/2020: III - impacto significativo em organizações ou grupos específicos; e V - vigência há, no mínimo, cinco anos. Menciona-se vigência há mais de 5 (cinco) anos uma vez que não houve alteração das regras apresentadas na RN nº 279, de 2011, sendo relevante avaliar o tema em virtude das posições do STJ sobre manutenção de demitidos e aposentados ao plano de saúde.</p>	<p>Contribuição recepcionada. Será levada em consideração a possibilidade de aprofundamento da discussão a partir da capacidade operacional disponível.</p>
<p>Realizar ARR da RN 259 relativa à substituição de prestadores, devido à indisponibilidade de prestador credenciado na operadora.</p>	<p>Contribuição de mérito que será avaliada no momento oportuno. A substituição de prestadores também é uma preocupação da ANS.</p>

Estudos Preliminares

Estudo Preliminar	Descrição do Estudo
Seguro garantidor	Avaliar a viabilidade de regulamentar o seguro garantia como substituto parcial de ativos garantidores.
Vazios assistenciais	Atualização do Estudo “Rede Assistencial e Garantia de Acesso na Saúde Suplementar, 2015”
Avaliação econômico-financeira dos produtos	Avaliar regras econômico-financeiras dos produtos, tais como precificação.

Seguro garantidor

CONTRIBUIÇÃO	MANIFESTAÇÃO ANS
Possibilidade e umentar a disponibilidade financeira.	Contribuição não compreendida.
Resseguro na Saúde Suplementar: A ANS deve regulamentar essa questão, para permitir que as operadoras possam contratar resseguradoras e reduzir a necessidade de ativos garantidores exigidos pela legislação em vigor.	Assunto de competência da SUSEP já regulamentado.
Entendemos ser importante a avaliação pois é uma possibilidade de umentar a disponibilidade financeira das operadoras. Caso a definição seja pelo Seguro sugere-se que a regulação deva estar alinhada à regulação da SUSEP.	Contribuição de mérito que será considerada na elaboração do estudo preliminar.

Vazios assistenciais

CONTRIBUIÇÃO	MANIFESTAÇÃO ANS
O Conselho Nacional de Saúde se coloca à disposição para avaliar potências e limites das regiões de saúde no âmbito da saúde suplementar.	Todas partes interessadas poderão contribuir no desenvolvimento do estudo de vazios assistenciais.
A Abramed apoia a atualização do estudo de vazios assistenciais e propõe seja considerado no estudo: (a) a qualidade/ certificação dos serviços de saúde; e (b) o município de localização dos prestadores, tendo em vista que a região de saúde não é critério suficiente para verificação de vazio assistencial na saúde suplementar.	Agradecemos a contribuição. Contribuição recepcionada como contribuição de mérito a ser considerada no momento de elaboração do estudo.

<p>As estratégias regulatórias para a garantia de acesso não devem onerar ainda mais o sistema. Entende-se que essa análise não pode ser dissociada da iniciativa de “quebrar o ciclo” vicioso em que prestadores de saúde preferem se manter fora das redes credenciadas das operadoras e serem remunerados via reembolso. Exemplo das clínicas de terapias, que não têm interesse em se credenciar junto aos planos, o que gera insuficiência de rede em algumas regiões, que, por consequência, leva à obrigação de reembolso integral, que é referendada pelo Judiciário e, com isso, os custos do setor ficam cada vez mais elevados”. O tema é relevante pois o seu resultado interfere na NIP e nos monitoramentos do IDSS, e do Risco Assistencial. É primordial que o estudo considere o resultado do CENSO 2022 para analisar a dispersão da rede e a população coberta pelos planos de saúde. A identificação dos vazios assistenciais auxilia as operadoras no dimensionamento da rede e na comercialização de seus produtos. Além de identificar os vazios assistenciais, o estudo deve conter informações dos profissionais e serviços de saúde de cada localidade, pois será um importante balizador para a contratação pela operadora ou prestação eventuais de serviços. Rediscutir o conceito de região de saúde estabelecido na RN 259/2011. A análise dos vazios assistenciais não deve ser baseada apenas no CNES. É essencial consultar outros bancos de dados, tais como, RPS, TISS, conselhos de profissionais de saúde. Caso seja baseado apenas no CNES, deveria ser obrigatório que os profissionais e estabelecimentos de saúde mantivessem seus cadastros corretos e atualizados, especialmente em relação aos serviços. Importante considerar como será a análise dos vazios assistenciais na odontologia, considerando a precariedade do CNES. Revisão dos indicadores do IDSS.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito a ser considerada no momento de desenvolvimento do projeto.</p>
<p>Entende-se que essa análise não pode ser dissociada da iniciativa de “quebrar o ciclo” vicioso em que prestadores de saúde preferem se manter fora das redes credenciadas das operadoras e serem remunerados via reembolso. Exemplo das clínicas de terapias, que não têm interesse em se credenciar junto aos planos, o que gera insuficiência de rede em algumas regiões, que, por consequência, leva à obrigação de reembolso integral, que é referendada pelo Judiciário e, com isso, os custos do setor ficam cada vez mais elevados”. O tema é relevante pois o seu resultado interfere na NIP e nos monitoramentos do IDSS, e do Risco Assistencial. É primordial que o estudo considere o resultado do CENSO 2022 para analisar a dispersão da rede e a população coberta pelos planos de saúde. A identificação dos vazios assistenciais auxilia as operadoras no dimensionamento da rede e na comercialização de seus produtos. Além de identificar os vazios assistenciais, o estudo deve conter informações dos profissionais e serviços de saúde de cada localidade, pois será um importante balizador para a contratação pela operadora ou prestação eventuais de serviços. Rediscutir o conceito de região de saúde estabelecido na RN 259/2011. A análise dos vazios assistenciais não deve ser baseada apenas no CNES. É essencial consultar outros bancos de dados, tais como, RPS, TISS, conselhos de profissionais de saúde. Caso seja baseado apenas no CNES, deveria ser obrigatório que os profissionais e estabelecimentos de saúde mantivessem seus cadastros corretos e atualizados, especialmente em relação aos serviços. Importante considerar como será a análise dos vazios assistenciais na odontologia, considerando a precariedade do CNES. Revisão dos indicadores do IDSS. Entende-se que essa análise não pode ser dissociada da iniciativa de “quebrar o ciclo” vicioso em que prestadores de saúde preferem se manter fora das redes credenciadas das operadoras e serem remunerados via reembolso. Exemplo das clínicas de terapias, que não têm interesse em se credenciar junto aos planos, o que gera insuficiência de rede em algumas regiões, que, por consequência, leva à obrigação de reembolso integral, que é referendada pelo Judiciário e, com isso, os custos do setor ficam cada vez mais elevados”. O tema é relevante pois o seu resultado interfere na NIP e nos monitoramentos do IDSS, e do Risco Assistencial. É primordial que o estudo considere o resultado do CENSO 2022 para analisar a dispersão da rede e a população coberta pelos planos de saúde. A identificação dos vazios assistenciais auxilia as operadoras no dimensionamento da rede e na comercialização de seus produtos. Além de identificar os vazios assistenciais, o estudo deve conter informações dos profissionais e serviços de saúde de cada localidade, pois será um importante balizador para a contratação pela operadora ou prestação eventuais de serviços. Rediscutir o conceito de região de saúde estabelecido na RN 259/2011. A análise dos vazios assistenciais não deve ser baseada apenas no CNES. É essencial consultar outros bancos de dados, tais como, RPS, TISS, conselhos de profissionais de saúde. Caso seja baseado apenas</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento de elaboração do estudo.</p>

<p>no CNES, deveria ser obrigatório que os profissionais e estabelecimentos de saúde mantivessem seus cadastros corretos e atualizados, especialmente em relação aos serviços. Importante considerar como será a análise dos vazios assistenciais na odontologia, considerando a precariedade do CNES. Revisão dos indicadores do IDSS.</p>	
<p>Pretende-se revisitar o estudo realizado pela ANS em 2015 a fim de avaliar a evolução dos vazios assistenciais identificados com o objetivo de subsidiar possíveis estratégias regulatórias para a garantia de acesso - A Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP já se manifestou publicamente sobre este tema, justamente pleiteando a atualização do estudo de vazios assistenciais e aproveita a oportunidade para parabenizar a ANS pela iniciativa. A ANAHP reitera que o conceito de região de saúde, amplamente aplicado no SUS, tem suas limitações na Saúde Suplementar. Além disso, no que se refere à rede hospitalar, há imposição da Lei nº 9.656/1998 determinando a obrigatoriedade de se considerar a qualidade dos serviços ofertados.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito a ser considerada no momento de elaboração do estudo.</p>
<p>Pretende-se revisitar o estudo realizado pela ANS em 2015 a fim de avaliar a evolução dos vazios assistenciais identificados com o objetivo de subsidiar possíveis estratégias regulatórias para a garantia de acesso. O tema é muito relevante, pois o seu resultado interfere na NIP e nos monitoramentos do IDSS, e do Risco Assistencial. É primordial que o estudo considere o resultado do CENSO 2022 para analisar a dispersão da rede e a população coberta pelos planos de saúde. A identificação dos vazios assistenciais auxilia as operadoras no dimensionamento da rede e na comercialização de seus produtos. Além de identificar os vazios assistenciais, o estudo deveria conter informações dos profissionais e serviços de saúde de cada localidade, pois seria um importante balizador para a contratação pela operadora ou prestação eventuais de serviços. A análise dos vazios assistenciais não deve ser baseada apenas no CNES. É essencial consultar outros bancos de dados, tais como, RPS, TISS, conselhos de profissionais de saúde. Caso seja baseado apenas no CNES, deveria ser obrigatório que os profissionais e estabelecimentos de saúde mantivessem seus cadastros corretos e atualizados, especialmente em relação aos serviços. Importante considerar como será a análise dos vazios assistenciais na odontologia, considerando a precariedade do CNES. É bastante oportuno avaliar se os indicadores do IDSS estão adequados e rediscutir o conceito de região de saúde estabelecido na RN 259/2011.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito a ser considerada no momento de elaboração do estudo.</p>
<p>Em caso da incorporação de novas tecnologias seja via Formrol ou incorporação automática via SUS, buscar alternativa para vazios assistenciais (rede e disponibilidade da tecnologia em todo território nacional) adequando tempo para implantação e sustando eventuais sanções administrativas e pecuniárias.</p>	<p>Contribuição recepcionada como contribuição de mérito. Será considerada no momento de elaboração do estudo.</p>

Avaliação econômico-financeira dos produtos

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
<p>Proposta AIR no 2º tri/2023 - Revisão técnica - constitui importante ferramenta, necessária para garantir a sustentabilidade da Saúde Suplementar, na medida em que atua preservando o princípio fundamental em que se baseia o seu sistema de financiamento, que é o mutualismo. Sendo assim, a entidade sugere que o tema seja conduzido com urgência e que sejam debatidos de forma técnica e transparente quais seriam os condicionantes para a adoção da revisão técnica pela Operadora, como por exemplo: a necessidade de auditoria, os critérios objetivos de avaliação para aprovação da ANS, a periodicidade em que o mecanismo poderá ser adotado, dentre outros.</p>	<p>Contribuição será considerada no âmbito do estudo preliminar de avaliação econômico-financeira dos produtos.</p>
<p>A AIR poderia considerar, por exemplo: a revisão das regras de ingresso para planos coletivos por adesão com menos de 30 vidas, nos atuais termos do art.9 da RN 195, já que o reajuste não é livre entre os contratantes, mas pelo pool de risco; em relação ao pool de risco, avaliar a proposta de aumento da base para até 100 vidas;</p>	<p>Contribuição de mérito para o estudo preliminar de avaliação econômico-financeira dos produtos na execução do projeto.</p>
<p>Normatizar as regras para concessão de Revisão técnica aos planos individuais.</p>	<p>Contribuição será considerada no âmbito do estudo preliminar de avaliação</p>

	econômico-financeira dos produtos.
Há necessidade de regulação e acompanhamento dos planos de saúde coletivo com poucas vidas . O atual modelo faz com que os usuários estejam em enorme vulnerabilidade, considerando a ausência de regulação sobre os reajustes. Como há poucos beneficiários, não há como diluir os riscos . Estima-se que algo em torno de 3 milhões de pessoas optam, atualmente, por planos com menos de 30 vidas . É importante chamar a atenção, ainda, para o fato de que a legislação vigente permite à operadora rescindir o contrato unilateralmente.	Contribuição será considerada no âmbito do estudo preliminar de avaliação econômico-financeira dos produtos.

Sugestão de outros estudos preliminares

CONTRIBUIÇÕES	MANIFESTAÇÃO ANS
Cadastro para substituição/alteração de rede não hospitalar . Atualmente, as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde promovem a modificação de rede não hospitalar sem comunicação prévia à ANS. A proposta de criação de um cadastro é viabilizar a criação de um conjunto de dados para que a ANS consiga apurar e acompanhar como são feitas essas alterações e se seguem a regulamentação em vigor. Tem sido cada vez mais recorrente a exclusão parcial de serviços que, por muitas vezes, impede o acesso ao serviço de saúde pelos beneficiários.	Esse tema é referente a agenda da ANS 2019-2022 e está em processo de discussão avançado. Foi apreciado pela DICOL no dia 31/10/2022 .
Critérios de qualidade para substituição/alteração de rede não hospitalar . Nos últimos anos o Brasil vivenciou uma grande modificação no mercado de saúde suplementar: muitos grupos econômicos se consolidaram, seja no Grupo de Prestadores de Serviços, seja no grupo de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Fato é que grande parte das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde mantém a atividade de operação de Planos em conjunto com a atividade de assistência à saúde. Se faz necessário, portanto, avaliar a criação de critérios de qualidade para alteração da rede não hospitalar.	Esse tema é referente a agenda da ANS 2019-2022 e está em processo de discussão avançado. Foi apreciado pela DICOL no dia 31/10/2022 .
Proposta de inclusão na Agenda Regulatória 2023/2025 da ANS do tema " Cadastro para substituição/alteração de rede não-hospitalar ". Atualmente, as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde promovem a modificação de rede não-hospitalar sem comunicação prévia à ANS. A proposta de criação de um cadastro é viabilizar a criação de um conjunto de dados para que a ANS consiga apurar e acompanhar como são feitas essas alterações e se seguem a regulamentação em vigor. Tem sido cada vez mais recorrente a exclusão parcial de serviços que, por muitas vezes, impede o acesso ao serviço de saúde pelos beneficiários.	Esse tema é referente a agenda da ANS 2019-2022 e está em processo de discussão avançado. Foi apreciado pela DICOL no dia 31/10/2022 .
Proposta de inclusão na Agenda Regulatória 2023/2025 da ANS do tema " Critérios de qualidade para substituição/alteração de rede não hospitalar ". Nos últimos anos o Brasil vivenciou uma grande modificação no mercado de saúde suplementar: muitos grupos econômicos se consolidaram, seja no Grupo de Prestadores de Serviços, seja no grupo de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Fato é que grande parte das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde mantém a atividade de operação de planos em conjunto com a atividade de assistência à saúde. Faz-se necessário, portanto, avaliar a criação de critérios de qualidade para alteração da rede não-hospitalar.	Esse tema é referente a agenda da ANS 2019-2022 e está em processo de discussão avançado. Foi apreciado pela DICOL no dia 31/10/2022 .
A ANAHP propõe, na Agenda Regulatória 2023/2025 da ANS, a inclusão da revisão dos critérios para substituição e redimensionamento de rede hospitalar trazendo a qualidade como um critério a ser seguido . Comentários: A Lei nº 9.656/1998 determina que a alteração da rede hospitalar deve seguir critérios de qualidade, tema que ainda não foi objeto de análise pela ANS. Assim, a ANAHP propõe seja incluído esse tema como estudo preliminar para subsidiar regulamentação posterior.	Este tema faz parte da agenda regulatória vigente (2019-2022) e contou com ampla oportunidade de participação social. Foi recentemente apreciado na Dicol e encaminhado para análise da PROGE, seguindo o trâmite de elaboração normativa.

<p>Critérios de qualidade para substituição/ alteração de rede hospitalar Sugestao de descrição do tema na ANS: A ANAHP propõe, na Agenda Regulatória 2023/2025 da ANS, a inclusão da revisão dos critérios para substituição e redimensionamento de rede hospitalar trazendo a qualidade como um critério a ser seguido - A Lei nº 9.656/1998 determina que a alteração da rede hospitalar deve seguir critérios de qualidade, tema que ainda não foi objeto de análise pela ANS. Assim, a Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP propõe seja incluído esse tema como estudo preliminar para subsidiar regulamentação posterior.</p>	<p>Após aprovação do normativo existe a previsão de elaboração de uma ARR em 2 anos após a sua vigência. Com a realização da ARR, espera-se que seja possível uma avaliação mais qualificada dos critérios de qualidade.</p>
<p>Aprimorar as orientações no portal ANS sobre mecanismos de regulação legitimamente admitidos no mercado, como junta de divergência técnica, além de limites de reembolso nos contratos com livre escolha e demais temas levantados por NIP consideradas improcedentes.</p>	<p>Essa contribuição será considerada durante a análise do tema regulatório intitulado mecanismo de regulação financeira.</p>
<p>Processos de incorporação das tecnologias Descrição do estudo: A garantia de acesso às novas tecnologias é um desafio em todo o mundo. Os sistemas organizados de saúde que decidiram adotar precocemente tecnologias, ou seja, tecnologias promissoras sem estudos conclusivos de efetividade, estabeleceram regulamentações acessórias para o compartilhamento de risco e oferecimento de descontos quando identificadas incertezas em qualquer dimensão da análise (benefício clínico, população alvo, por exemplo). Tem-se observado um aumento na frequência que esse assunto é discutido na COSAÚDE e a dificuldade de entendimento de qual seria o papel da agência na condução da discussão do preço de incorporação das tecnologias. Nesse aspecto a Agência tem se posicionado que a regulação econômica do mercado farmacêutico é de responsabilidade da CMED- Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. No entanto, a discussão não é para regulação do preço teto. A discussão está relacionada a sustentabilidade do setor em delimitar o preço pelo qual a tecnologia deve ser incorporada pois se mostrou custo efetiva. Nesse sentido é essencial avaliar mecanismos regulatórios que possibilitem que o preço de incorporação das tecnologias seja diferente dos preços teto considerando inclusive a redução do poder de barganha após a obrigatoriedade de cobertura existe uma garantia do mercado consumidor (operadoras de planos de saúde). Além disso os efeitos da carga tributária dos medicamentos e as consequências da incorporação das tecnologias na remuneração de prestadores também deveriam ser explorada no estudo preliminar.</p>	<p>Agradecemos a contribuição. Contribuição recepcionada como contribuição de mérito, quando da análise do processo de incorporação de tecnologias.</p>
<p>Avaliar as divergências de entendimentos verificados em respostas de NIP, processos sancionadores, buscando a assimetria de informações e edição de entendimentos a ser observados pelo setor.</p>	<p>Entendemos que o levantamento não deva constar da agenda regulatória. Este assunto está em constantemente em avaliação.</p>

Relatório

Tomada Pública de Subsídios nº 01/2022

Agenda Regulatória 2023 – 2025

Dezembro de 2022
Coordenadoria de Qualidade Regulatória
Gerência de Planejamento e Acompanhamento
COQAR/GPLAN/SECEX/PRESI

Tomada Pública de Subsídios nº 01/2022 – Panorama e método de análise das contribuições

A Tomada Pública de Subsídios nº 01/2022, que teve por objetivo obter contribuições e informações para elaboração da Agenda Regulatória 2023-2025, ficou disponível para participação entre os dias 19/09 e 18/10/2022. No total, 23 entidades e 2 contribuintes individuais enviaram 281 contribuições, posteriormente agrupadas em 177 para avaliação.

Para análise das contribuições, foram considerados os seguintes critérios:

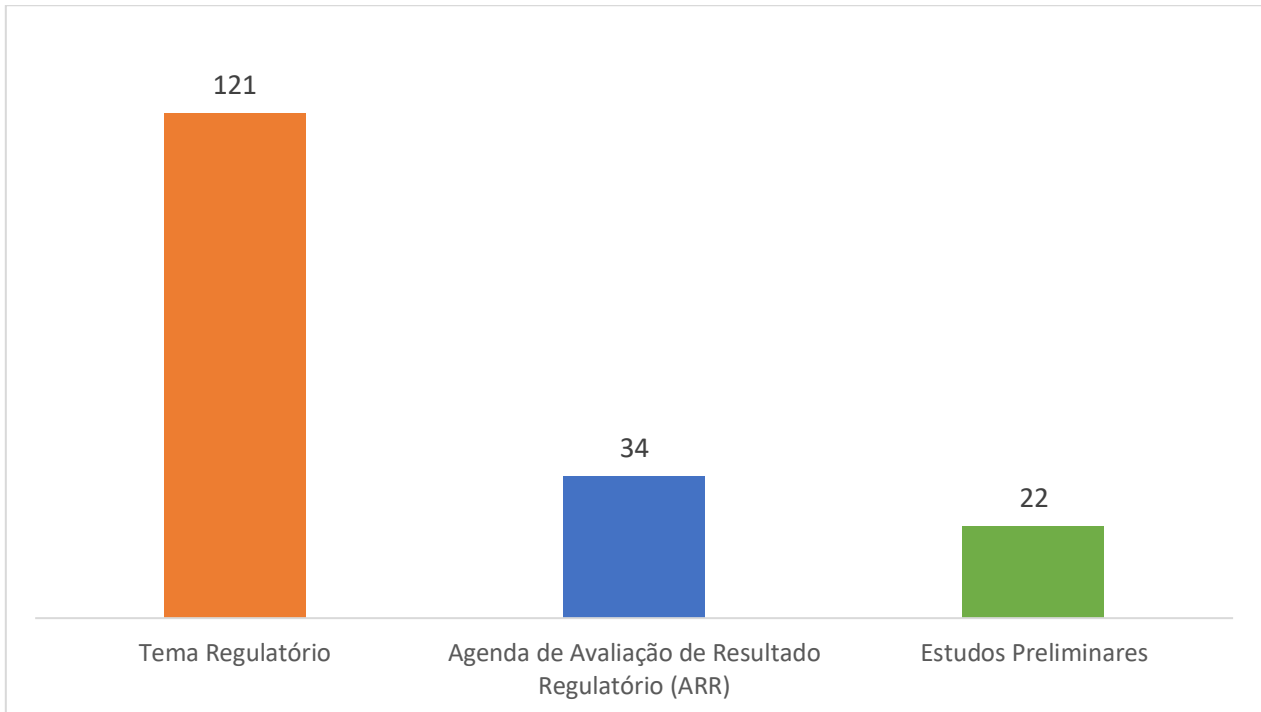
- Exclusão de contribuições repetidas recebidas pela mesma entidade
- Agrupamento de contribuições iguais recebidas por entidades diferentes
- Reclassificação de Temas Regulatórios, ARRs e Estudos Preliminares
- Desmembramento de contribuições que tratavam de assuntos diversos que deveriam ser tratados separadamente
- Separação de contribuições por afinidade temática e envio para manifestação das Diretorias

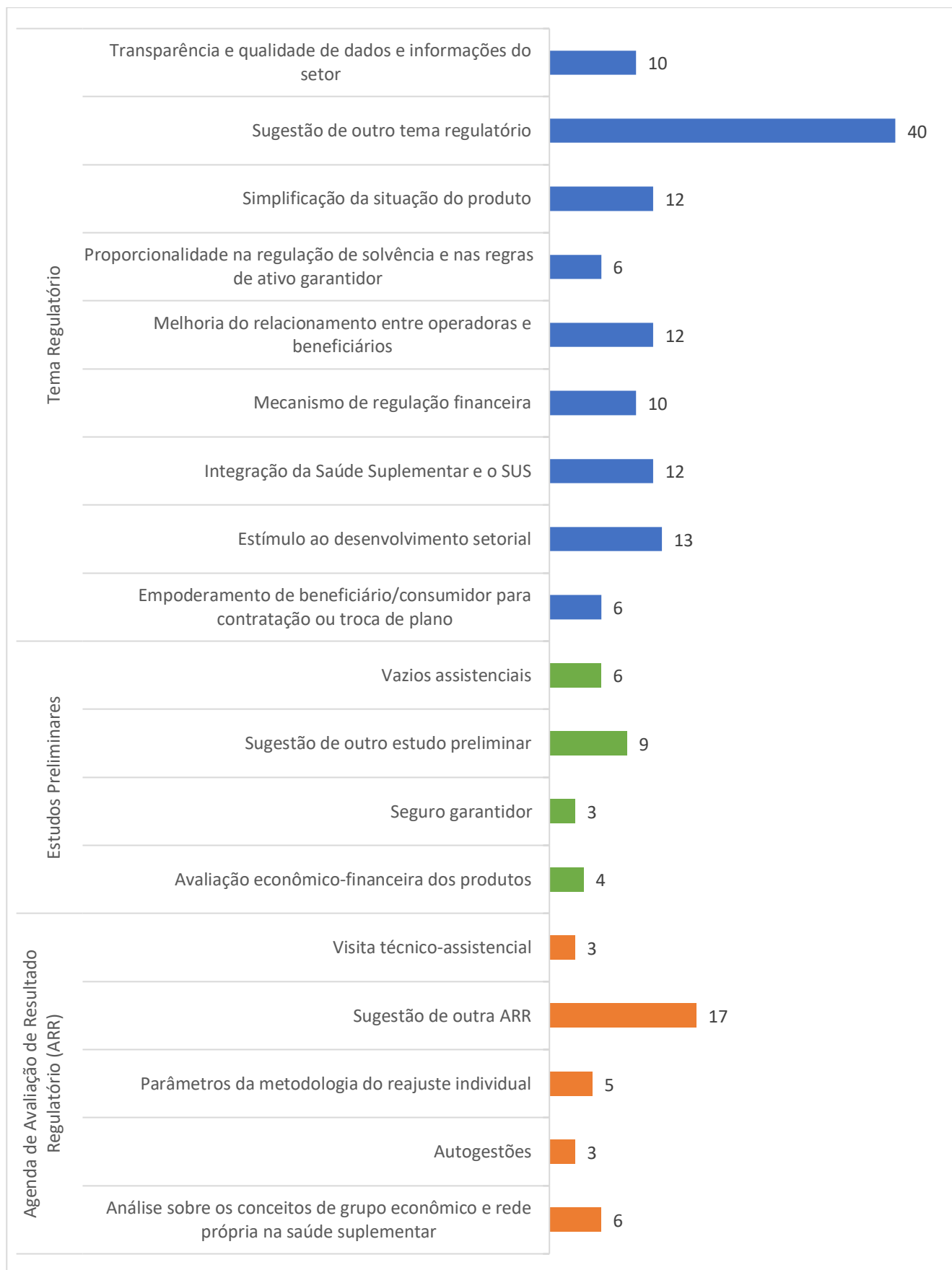
Dados estatísticos sobre as contribuições recebidas

Tipo de contribuinte

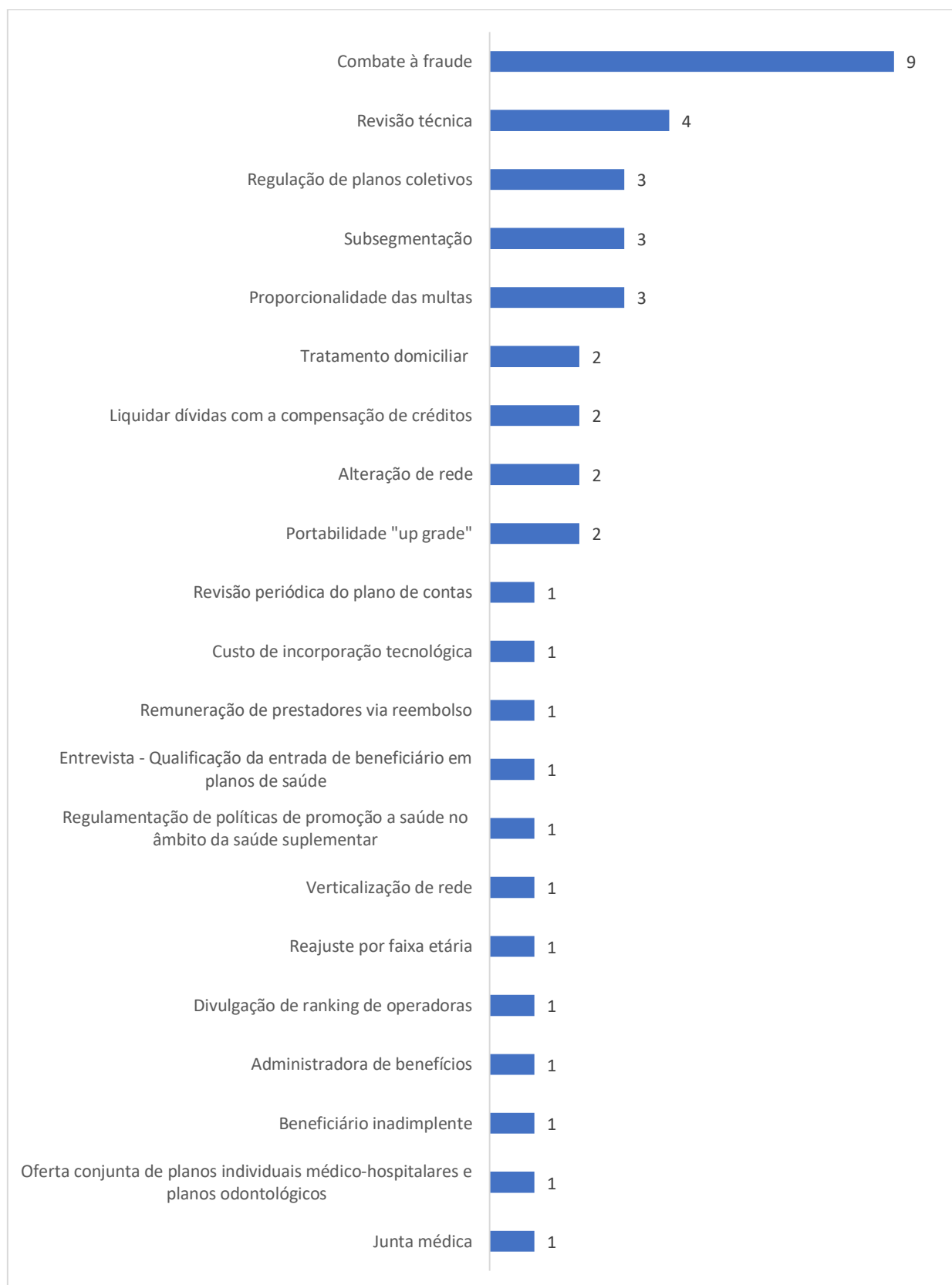


Dados estatísticos sobre as contribuições recebidas

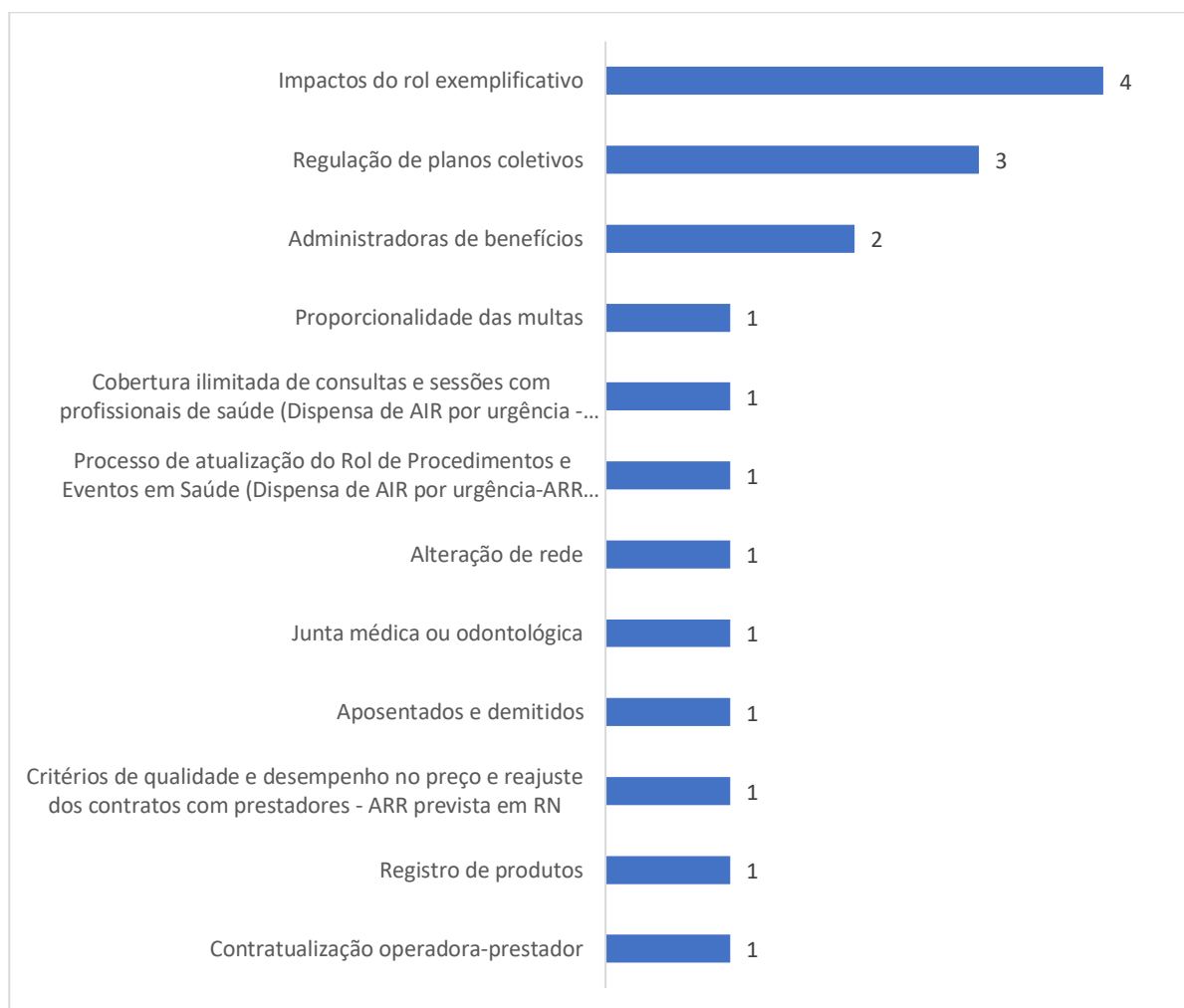




Sugestões de outros Temas Regulatórios



Sugestões de Avaliação de Resultado Regulatório (ARR)



Sugestões de estudos preliminares

