

DA ANS

Lei 9.961/2000 - criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza.

A ANS foi criada com a finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consul para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei no 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei no 9.656, de 1998 (aposentados e demitidos das empresas);

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1o do art. 1o da Lei no 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei no 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; (Redação dada pela MP nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; (Redação dada pela MP nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Redação dada pela MP nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).

XXXV – determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (Redação dada pela MP nº 2.097-36, de 26 de janeiro de 2001).

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.

XXXIX – celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos. (Redação dada pela MP nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).

XL – definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. (Inciso incluído pela MP nº 2.097-36, de 26 de janeiro de 2001).

XLI – fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos:

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;

XLII – estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (Inciso incluído pela MP nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).

§ 1o A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. (Redação dada pela MP nº 1.976-33, de 23 de novembro de 2000).

LEI n.º 9.656/98

- ✓ Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde
- ✓ Rols de Procedimentos - referência básica para cobertura assistencial, conjunto de procedimentos mínimos que a ANS define como sendo obrigatório e garantido aos beneficiários da Operadora.

Principais Obrigações Periódica em que a UnimedSJC tem com a ANS

SIB – Sistema de Informação de Beneficiários

Prazo: Até o dia 05 de cada mês, a UNIMED SJC envia à ANS a movimentação de beneficiários (Adesões e Exclusões) da competência do mês anterior, através do Aplicativo SIB.

Legislação: São seguidas as orientações previstas na RN n.º 187/2009 e IN n.º 35/2009.

Departamentos Responsáveis: Sempre no 1º dia útil do mês o Departamento de Cadastro deve finalizar as movimentações, para que a Assessoria Jurídica efetue a geração do arquivo SIB através do Sistema GPS.

Correções: Através do Arquivo de Devolução e de Conferência disponibilizados pela ANS, a UNIMED SJC realiza periodicamente os acertos na base de dados.

SIP – Sistema de Informação de Produtos

Prazo: O envio das informações é trimestral.

Legislação: São seguidas as orientações previstas na RN n.º 152/2007, porém, algumas regras serão alteradas a partir de janeiro/2010, em virtude da edição da RN n.º 205/2009 e da IN DIPRO n.º 21/2009.

Departamentos Responsáveis: Sempre com alguns dias de antecedência da data limite, os Departamentos de Assistência e Promoção à Saúde, Núcleo de Contas Médicas e Contabilidade verificam e validam os dados em planilha Excel. Esta planilha é remetida em seguida para a Assessoria Jurídica, que preencherá o Aplicativo e enviará o SIP à ANS.

DIOPS – Documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde

Através do aplicativo DIOPS, a UNIMED SJC informa à ANS, mensal/trimestralmente, via internet, as informações que refletem a sua situação econômico-financeira e cadastral.

Legislação: São seguidas as orientações previstas na RN n.º 173/2008.

Envio das informações:

- DIOPS - Cadastral - Até 30 dias após o evento.
- DIOPS - Fluxos de Caixa Mensal - Até o décimo dia do mês subsequente.
- DIOPS - Econômico-Financeiro – Trimestral.
- DIOPS - Parecer de Auditoria - anual/semestral.
- DIOPS - Relatório Circunstanciado - anual/semestral.

Departamento Responsável: Contabilidade

ARPS – ADEQUAÇÃO DE REGISTRO DE PLANOS DE SAÚDE

Através do aplicativo ARPS, a UNIMED SJC informa à ANS, via internet, as informações relativas às características básicas dos planos, prestadores de serviço, nota técnica e pagamento de taxa de registro de plano, visando a adequação do produtos de acordo com a legislação vigente.

Legislação: Os planos deverão ser adequados à RN n.º 195/2009, RN n.º 200/2009 e RN n.º 204/2004 e IN DIPRO nº 22/2009.

Prazo: Até a data de aniversário do contrato ou até 03 de novembro de 2010.

Departamento Responsável: Assessoria Jurídica

RPC – Reajuste de Planos Coletivos

Através do aplicativo RPC, a UNIMED SJC deve informar à ANS, mensalmente, via internet, as informações relativas aos reajustes negociados e aplicados nos Planos Coletivos Privados de Assistência à Saúde no mês anterior.

Legislação: RN n.º 100/2005, RN n.º 171/2008 e IN n.º 13/2006

Prazo: Até 30 dias após a aplicação do reajuste. A UNIMED SJC envia até o dia 10 do mês subsequente.

Departamentos Responsáveis: O Departamento Comercial e o Núcleo de Parametrização consolidam as informações em planilha Excel e a encaminham para a Assessoria Jurídica, que fará o preenchimento do Aplicativo e encaminhará os dados à ANS.

RPS – Registro de Planos de Saúde

Através do aplicativo RPS, a UNIMED SJC solicita à ANS o registro de seus produtos, via internet, onde cadastrará os planos, com suas características, estabelecimentos de saúde que compõem sua rede credenciada, juntamente com a nota técnica e o documento referente ao pagamento da taxa de registro do plano.

Legislação: RN n.º 100/2005 e IN n.º 15/2007

Prazo: Não há

Departamento Responsável: Assessoria Jurídica

TSS - TAXA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A UNIMED SJC recolhe a TSS relativa a R\$ 2,00 por beneficiário, via GRU (Guia de Recolhimento da União), sendo calculado o montante pela média aritmética do número de beneficiários no último dia do mês, considerados os 3 meses que antecederem ao mês do recolhimento.

Legislação: RN n.º 89/2005, alterada pela RN n.º 101/2005.

Prazo: Até o último dia útil do primeiro decêndio do mês subsequente: De DEZ a FEV, pagamento em março. De MAR a MAIO, pagamento em junho. De JUN a AGO, pagamento em setembro. De SET a NOV, pagamento em dezembro.

Departamento Responsável pelo cadastramento e eventuais correções dos dados: Cadastro

Departamento Responsável pela geração do arquivo e emissão da GRU: A Assessoria Jurídica gera o relatório através do Sistema GPS, emite a GRU através do site da ANS e a envia ao Departamento Financeiro, para pagamento.

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos esperados no desempenho de áreas, organizações e serviços relacionados ao setor de saúde suplementar. Os resultados da análise serão previamente disponibilizados pela ANS à Operadora, que poderá formular os questionamentos que julgar pertinentes, sendo que o seu

IDSS - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar será então divulgado ao público

Legislação: RN n.º 139/2006, alterada pela RN n.º 193/2009.

Prazo: A ANS realiza a análise anualmente

Responsável pelos dados: Assistência e Promoção à Saúde.

TISS - TROCA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR E TUSS - TERMINOLOGIA UNIFICADA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

TISS: Padrão estabelecido pela ANS para a troca de informação em saúde suplementar, sendo utilizado para registro e intercâmbio de dados entre a Operadora e os prestadores de serviços de saúde. O "Radar TISS" é uma pesquisa que acompanha a implantação do TISS e visa orientar os estudos e planos de ação da ANS e do Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar (COPISS)

TUSS: As operadoras deverão obrigatoriamente adotar a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS para codificação de procedimentos médicos, conforme o padrão TISS

Legislação: RN n.º 153/2007, IN n.º 36/2009

Prazo:

Para o TISS: Operadoras e prestadores do grupo I: até 31 de maio de 2007; Prestadores do grupo II: até 30 de novembro de 2008; Prestadores do grupo III: até 30 de novembro de 2008 (O Grupo I, II, III são definidos de acordo com o tipo de prestador de serviços, como.: Hospitais Gerais, Hospitais Especializados, Clínicas. Etc.)

Para o TUSS: de forma gradual

Responsável pelos dados: Assistência e Promoção à Saúde, Núcleo de Contas Médicas, Cadastro de Rede de Serviços, Núcleo de Parametrização

PORTAL CORPORATIVO – TISS

Consiste na criação obrigatória de um portal corporativo na internet, pela Operadora, sobre a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS) referente aos eventos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde

Legislação: RN n.º 190/2009

Prazo: De forma gradual

Responsável pelos dados: Assistência e Promoção à Saúde, Núcleo de Contas Médicas, Comercial, Cadastro de Rede de Serviços, Tecnologia da Informação, Assessoria Jurídica.

REFORMA DO ESTATUTO SOCIAL

Por determinação da ANS, a UnimedSJC teve que alterar o seu Estatuto Social para a inserção de texto determinado pela ANS (RN 175/2008), vedando a “unimilitância”, com a criação do parágrafo único ao artigo 10º:

Redação atual:

Artigo 10º - Não será considerado obstáculo para a admissão na cooperativa o fato de ser o interessado acionista ou quotista de hospitais, casas de saúde ou outras sociedades que se relacionem à prestação de serviços à saúde, desde que essas instituições não exerçam atividade contrária aos objetivos e propósitos da Cooperativa ou prejudicial aos seus interesses ou colidente com os objetivos, propósitos e interesses dela.

Redação proposta:

Artigo 10º - Caput = Idem texto acima

Parágrafo único:

“Nenhum dispositivo deste Estatuto deve ser interpretado no sentido de impedir os profissionais cooperados de se credenciarem ou referenciarem-se a outras operadoras de planos de saúde ou seguradoras especializadas em saúde, que atuam regularmente no mercado de saúde suplementar, bem como deverá ser

considerado nulo de pleno direito qualquer dispositivo estatutário que possua cláusula de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.”

Principais coberturas trazidas com a Lei n.º 9.656/98 e RN 167/07

- ✓ Radioterapia e quimioterapia
- ✓ Tratamento para câncer, AIDS e doenças infecto-contagiosas
- ✓ Transplantes (rins, córneas e autólogo de medula óssea)
- ✓ Cirurgia de miopia
- ✓ Órteses e preferencialmente nacional (vide anexo I)
- ✓ próteses ligadas ao ato cirúrgico – Cirurgia plástica reconstrutiva de órgão/função
- ✓ Tratamento psiquiátrico e por dependência química
- ✓ Consultas, exames e internação sem limitação de dias
- ✓ Colocação de DIU, vasectomia e ligadura tubária
- ✓ Nutricionismo (6/ano), psicoterapia (12/ano), fonoaudiologia (6/ano) e fisioterapia (ilimitado)

Principais Coberturas Excluídas

- ✓ Tratamento clínico e cirúrgico experimental
- ✓ Procedimentos, órtese e prótese para fins estéticos
- ✓ Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento
- ✓ Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar
- ✓ Próteses, órteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico
- ✓ Tratamentos ilícitos e antiéticos (aspecto médico)
- ✓ Material Importado desde que não tenha similar Nacional

EFEITOS DA LEI 9656/98 NOS CONTRATOS,

- ✓ Obrigatória a comercialização de plano regulamentado à partir de janeiro de 1999 nos moldes de sua imposição.
- ✓ Planos antigos à 1999 foram extintos para fins de comercialização.
- ✓ Planos já firmados antes da Lei n.º 9.656/98 – regras permanecem as contidas nas cláusulas firmadas à época, permanecem com a cobertura congelada à estipulada em 1999. Causa de maior freqüência em Ações Judiciais devido a sua limitação de coberturas.

TIPOS DE PLANOS, alterado pelas RNs 195, 200 e 204 de 2009

- ✓ Individual / Familiar;
- ✓ Coletivo por Adesão Patrocinado;
- ✓ Coletivo Empresarial.

DOENÇAS OU LESÕES PREEEXISTENTES

São aquelas em que o consumidor saiba ser portador, na data da contratação do plano

Para estes casos há a exigência para Cobertura Parcial Temporária (CPT) com prazo de até 24 meses.

O beneficiário neste caso poderá optar em pedir Agravo, ou seja, acréscimo no valor das mensalidades para não ficar excluído da cobertura parcial por 24 meses.

CARÊNCIAS

- ✓ 24 horas para urgência ou emergência
 - ✓ 30 dias para consultas e exames simples
 - ✓ 300 dias para parto
 - ✓ 180 dias para demais casos
- Exceção: Plano-referência.

REEMBOLSO

Os Reembolsos são efetuados nos limites das obrigações contratuais, em casos de urgência ou emergência, de acordo com os valores dos serviços médicos e hospitalares praticados pela Unimed. (Ex: TAB. AMB/92)

DO RESSARCIMENTO AO SUS

Trata-se de cobranças realizadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS para atendimento a cidadãos participantes de plano de Saúde.

Este repasse de gastos às operadoras é feito através da tabela da TUNEP, que é muito superior a tabela do SUS.

Estas cobranças estão sendo motivo de várias ações judiciais, pela característica arbitrária, entretanto até o momento sem êxitos.

PRINCIPAIS EXIGENCIAS DA ANS ÀS OPERADORAS NO ANO DE 2009.

- Ressarcimento ao SUS Eletrônico;
- Portal Corporativo na Internet;
- Planejamento Familiar;
- Portabilidade de Carências;
- Fundo Garantidor;
- Novo SIB;
- Novo SIP – 1º trimestre de 2.010;

- Novas regras para plano de recuperação;
- RN nº 195 – Novas Regras para a Contratação de Planos Coletivos.

PREVISÕES DE EXIGÊNCIAS E MUDANÇAS EM 2010

- Fim da Provisão de Risco;
- Novo Programa de Regulamentação de Planos Antigos;
- Novo Rol de Procedimentos – CP 31/09;
- Regulamentação de Fator Moderador – Co-participação e Franquia - CP 24/06;
- Aprimoramento Ressarcimento ao SUS Eletrônico.