



I - Hospital Ana Nery Santa Cruz do Sul
 CNPJ: 95.422.358/0001-19
 Nome do Projeto: Aquisição de Equipamentos para Serviço de Radioterapia: reveladora de Raio X e Multileaf.
 SIPAR: 25000.166.727/2014-93
 Valor aprovado: R\$ 1.226.518,90 (Hum milhão, duzentos e vinte e seis mil, quinhentos e dezotois reais e noventa centavos).
 Resumo do projeto: Reduzir o tempo de espera do paciente para início do tratamento radioterápico.

II - Instituto Paulista de Estudos e Pesquisas em Oftalmologia
 - IMPEO

CNPJ: 67.187.070/0001-71
 Nome do Projeto: Centro de Oncologia Ocular.
 SIPAR: 25000.159.588/2014-41
 Valor aprovado: R\$ 2.104.975,18 (Dois milhões, cento e quatro mil novecentos e setenta e cinco reais e dezotois centavos).
 Resumo do projeto: Melhorar e ampliar o atendimento de pacientes com câncer ocular de diferentes partes do Brasil, diminuindo o tempo de espera e maximizando o resultado do tratamento em unidades de São Paulo e Manaus.

III - Instituto de Medicina Integral ProFº Fernando Figueira - IMIP

CNPJ: 10.988.301/0001-29
 Nome do Projeto: Núcleo Emergente de Pesquisa Transacional em Imunidade, Infecção e Diagnóstico Molecular em Oncologia de Pernambuco: Implantação de Biobanco e Plataforma de Pesquisa Transacional na Área de Oncologia.
 SIPAR: 25000.158.891/2014-27
 Valor aprovado: R\$ 1.886.145,50 (Um milhão, oitocentos e oitenta e seis mil, cento e quarenta e cinco reais e cinquenta centavos).

Resumo do projeto: Implementar um banco de tumores de amostras biológicas oriundas do serviço de oncologia do Instituto de Medicina Integral ProFº Fernando Figueira (IMIP) e do Hospital do Câncer de Pernambuco.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANA PAULA MENEZES

PORTARIA Nº 1.150, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

Defere projetos apresentados no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD).

A SECRETÁRIA-EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso das suas atribuições legais, e

Considerando a Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que instituiu o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD);

Considerando o Decreto nº 7.988, de 17 de abril de 2013, que regulamentou os arts. 1º a 13 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012; e

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.550, de 29 de julho de 2014, que redefine as regras e os critérios para apresentação de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), e dá outras providências, resolve:

Art. 1º Defere os projetos abaixo relacionados, apresentados no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD):

I - Associação de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Araxá

CNPJ: 16.908.600/0001-92
 Nome do Projeto: Reabilitação Integrada - proposta assistencial à pessoa com deficiência
 SIPAR: 25000.163.770/2014-05
 Valor aprovado: R\$ 1.699.374,28 (Um milhão, seiscentos e noventa e nove mil, trezentos e setenta e quatro reais e vinte e oito centavos).

Resumo do projeto: Ampliar e qualificar os serviços de reabilitação ofertados pela Santa Casa de Araxá.

II - Associação Obras Sociais Irmã Dulce

CNPJ: 15.178.551/0001-17
 Nome do Projeto: Modernização da ambiência de informática educacional para pessoas com deficiência.

SIPAR: 25000.166.173/2014-24
 Valor aprovado: R\$ 53.294,00 (Cinquenta e três mil, duzentos e noventa e quatro reais).

Resumo do projeto: Inserir o uso de computadores, através da Tecnologia Assistiva (TA), como uma modalidade de terapia voltada às pessoas com deficiência e, além disso, garantir o desenvolvimento da aprendizagem, ampliação do conhecimento e melhora da qualidade da comunicação e interação das pessoas atendidas.

III - Associação Beneficente Nossa Senhora da Conceição

CNPJ: 70.031.356/0001-78
 Nome do Projeto: Assistência Integral à Pessoa com Deficiência Física, com atendimento multiprofissional em habilitação/reabilitação, aplicação de tecnologia assistiva em adaptações e dispensação de órtese e prótese.
 SIPAR: 25000.166.226/2014-15
 Valor aprovado: R\$ 3.907.737,32 (Três milhões, novecentos e sete mil, setecentos e trinta e sete reais e trinta e dois centavos).

Resumo do projeto: Melhorar a qualidade da assistência e ampliar o acesso na área de reabilitação/habilitação física, baseando-se no atendimento multiprofissional, aplicação da tecnologia assistiva em adaptações e dispensação de órtese e prótese.

IV - Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP)

CNPJ: 23.706.419/0001-69
 Nome do Projeto: Recursos de Terapia Assistiva nos processos de reabilitação/habilitação de crianças e adolescentes com disfunções neuromotoras e sensoriais.

SIPAR: 25000.159.627/2014-19
 Valor aprovado: R\$ 512.441,46 (Quinhentos e doze mil, quatrocentos e quarenta e um reais e quarenta e seis centavos).

Resumo do projeto: Ampliação do acesso aos recursos de tecnologia assistiva para crianças e adolescentes com disfunções neuromotoras e sensoriais na respectiva área de abrangência, visando a melhoria da qualidade de vida, independência e inclusão social.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANA PAULA MENEZES

PORTARIA Nº 1.151, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

Defere pedido de credenciamento no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD).

A SECRETÁRIA-EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso das suas atribuições legais, e

Considerando a Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que instituiu o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD);

Considerando o Decreto nº 7.988, de 17 de abril de 2013, que regulamentou os arts. 1º a 13 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012; e

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.550, de 29 de julho de 2014, que redefine as regras e os critérios para o credenciamento de instituições no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), e dá outras providências, resolve:

Art. 1º Defere pedido de credenciamento, para apresentação de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), da instituição abaixo relacionada:

I - Associação de Deficientes Físicos de Bento Gonçalves, CNPJ 91.983.460/0001-32, processo SIPAR 25000.172.260/2014-11;
 Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANA PAULA MENEZES

DIRETORIA EXECUTIVA DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

PORTARIA Nº 32, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2014

O Diretor-Executivo do Fundo Nacional de Saúde no uso de suas atribuições, consoante delegação que lhe foi conferida pela Portaria SE/MS nº 1.754/2004 e em conformidade com as disposições da IN/STN/MF nº 1/1997, e suas modificações, observadas as disposições do Processo nº 25000.20552/2008-26, resolve:

Art. 1º Prorrogar, até 20/12/2015, o prazo de execução do Plano de Trabalho aprovado pela Portaria SE/MS nº 662/2008 publicada no DOU nº 248, Seção 1, de 29/12/2008.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de assinatura.

ANTONIO CARLOS ROSA DE OLIVEIRA JUNIOR

PORTARIA Nº 33, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2014

O Diretor-Executivo do Fundo Nacional de Saúde no uso de suas atribuições, consoante delegação que lhe foi conferida pela Portaria SE/MS nº 1.754/2004 e em conformidade com as disposições da IN/STN/MF nº 1/1997, e suas modificações, observadas as disposições do Processo nº 25000.223789/2008-61, resolve:

Art. 1º Prorrogar, até 20/12/2015, o prazo de execução do Plano de Trabalho aprovado pela Portaria SE/MS nº 773/2008 publicada no DOU nº 252, Seção 1, de 29/12/2008.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de assinatura.

ANTONIO CARLOS ROSA DE OLIVEIRA JUNIOR

PORTARIA Nº 34, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2014

O Diretor-Executivo do Fundo Nacional de Saúde no uso de suas atribuições, consoante delegação que lhe foi conferida pela Portaria SE/MS nº 1.754/2004 e em conformidade com as disposições da IN/STN/MF nº 1/1997, e suas modificações, observadas as disposições do Processo nº 25000.223787/2008-72, resolve:

Art. 1º Prorrogar, até 20/11/2015, o prazo de execução do Plano de Trabalho aprovado pela Portaria SE/MS nº 775/2008 publicada no DOU nº 252, Seção 1, de 29/12/2008.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de assinatura.

ANTONIO CARLOS ROSA DE OLIVEIRA JUNIOR

PORTARIA Nº 35, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2014

O Diretor-Executivo do Fundo Nacional de Saúde no uso de suas atribuições, consoante delegação que lhe foi conferida pela Portaria SE/MS nº 1.754/2004 e em conformidade com as disposições da

IN/STN/MF nº 1/1997, e suas modificações, observadas as disposições do Processo nº 25000.135152/2006-57, resolve:

Art. 1º Prorrogar, até 20/12/2015, o prazo de execução do Plano de Trabalho aprovado pela Portaria SE/MS nº 320/2006 publicada no DOU nº 206, Seção 1, de 26/10/2006.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de assinatura.

ANTONIO CARLOS ROSA DE OLIVEIRA JUNIOR

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 363, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II e IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e os arts. 17-A e 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e

II - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

CAPÍTULO II

DOS CONTRATOS ESCRITOS

Art. 3º As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a Operadora e o Prestador.

Art. 4º Os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da Operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; e

V - as penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

Parágrafo único. A definição de regras, direitos, obrigações e responsabilidades estabelecidas nas cláusulas pactuadas devem observar o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais legislações e regulamentações em vigor.

Art. 5º As seguintes práticas e condutas são vedadas na contratualização entre Operadoras e Prestadores:

I - qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador;

II - qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;

III - exigir exclusividade na relação contratual;

IV - restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador;

V - estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;

VI - estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma;

VII - estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora; e

VIII - estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.

Parágrafo único. As vedações dispostas nos incisos V e VI só se aplicam se o envio do faturamento for feito no Padrão TISS vigente.

Art. 6º Deve haver previsão expressa que a troca de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre a operadora e o Prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.

Art. 7º O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o da comarca de prestação de serviço do Prestador.

Seção I

Do Objeto, Natureza do Contrato e Descrição dos Serviços Contratados

Art. 8º O objeto e a natureza do contrato devem ser expressos, incluído o regime de atendimento e os serviços contratados.

Parágrafo único. Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos durante a vigência do contrato.

Art. 9º Os serviços contratados pela operadora devem ser descritos por procedimentos, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, vigente.

Art. 10. Deve haver previsão expressa que é vedada a exigência de prestação pecuniária por parte do Prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, excetuado os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos de Regulação Financeira.

Seção II

Da Definição dos Valores dos Serviços Contratados, dos Critérios, da Forma e da Periodicidade do seu Reajuste e dos Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento dos Serviços Prestados

Art. 11. Os valores dos serviços contratados devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência.

Art. 12. A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa de modo claro e objetivo.

§ 1º É admitida a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados, previamente discutidos e aceitos pelas partes, na composição do reajuste, desde que não infrinja o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

§ 2º O reajuste deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito.

§ 3º É admitida a previsão de livre negociação como forma de reajuste, sendo que o período de negociação será de 90 (noventa) dias corridos, improrrogáveis, contados a partir de 1º (primeiro) de janeiro de cada ano;

Art. 13. Os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos.

Art. 14. A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa, inclusive quanto a:

I - hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;

II - prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e

III - conformidade com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor.

Parágrafo único. O prazo acordado para contestação da glosa deve ser igual ao prazo acordado para resposta da operadora.

Seção III

Da Identificação dos Atos, Eventos e Procedimentos Assistenciais que Necessitem de Autorização da Operadora

Art. 15. Os atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora devem ser expressos, inclusive quanto a:

I - rotina operacional para autorização;

II - responsabilidade das partes na rotina operacional; e

III - prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS.

Seção IV

Da Vigência do Contrato e dos Critérios e Procedimentos para Prorrogação, Renovação e Rescisão

Art. 16. O prazo de vigência, os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão do contrato devem ser expressos, inclusive quanto a:

I - prazo para notificação de rescisão ou não renovação contratual, bem como de suas eventuais exceções;

II - obrigação de identificação formal pelo Prestador, pessoa física ou jurídica, ao responsável técnico da operadora dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, acompanhada de laudo com as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro Prestador, respeitado o sigilo profissional, sem prejuízo do disposto no §2º do art. 17 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998;

III - obrigação de comunicação formal pelo Prestador aos pacientes que se enquadrem no inciso II deste artigo.

Seção V

Das Penalidades pelo não Cumprimento das Obrigações Estabelecidas

Art. 17. As penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas para ambas as partes devem ser expressas.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 18 Excepcionalmente no primeiro ano de vigência desta Resolução, os contratos com data de aniversário que compreenda os primeiros noventa dias, contados a partir de 1º de janeiro, o valor do reajuste será proporcionalmente estabelecido considerando este período.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. A operadora deve garantir o atendimento dos pacientes identificados na forma do inciso II, do art. 16, em Prestadores que possuam os recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência, respeitados os prazos estabelecidos na RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

Art. 20. O disposto nesta Resolução não se aplica a:

I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;

II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;

III - administradoras de benefícios.

Art. 21. As cláusulas de contratos escritos celebrados anteriormente à vigência desta Resolução que estiverem em desacordo com suas disposições devem ser ajustadas em até doze meses, contados do início da vigência desta Resolução.

Art. 22. As operadoras que mantiverem contrato não escrito com prestadores de serviço permanecem em situação de irregularidade, sujeitas à aplicação das penalidades cabíveis.

Art. 23. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 24. Revogam-se as RN nº 42, 4 de julho de 2003, RN nº 54, 28 de novembro de 2003, RN nº 60, 19 de dezembro de 2003, RN nº 71, 17 de março de 2004, RN nº 79, 31 de agosto de 2004, RN nº 91, 4 de março de 2005, RN nº 108, 9 de agosto de 2005, RN nº 241, 3 de dezembro de 2010, RN nº 286, 10 de fevereiro de 2012, RN nº 346, de 2 de abril de 2014; e a Instrução Normativa - IN nº 49, 17 de maio de 2012.

§1º Os instrumentos contratuais que foram celebrados antes da vigência desta Resolução, que naquela época estavam em desacordo com as demais normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, permanecem sujeitos à aplicação de penalidades cabíveis.

§ 2º As infrações praticadas durante a vigência das normas previstas no caput permanecem sujeitas à aplicação de penalidades.

Art. 25. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Diretor-Presidente

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 364, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II e IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e

II - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

CAPÍTULO II

DO ÍNDICE DE REAJUSTE DEFINIDO PELA ANS

Art. 3º O índice de reajuste será definido pela ANS conforme disposto no § 4º do art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluído pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, e será limitado ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.

Art. 4º A operadora deverá utilizar o índice de reajuste definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos escritos firmados com seus Prestadores quando preenchidos ambos os critérios abaixo:

I - houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste; e

II - não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação, conforme estabelecido na Resolução Normativa - RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, art. 12, § 3º.

§ 1º O índice de reajuste definido pela ANS, quando preenchidos os critérios dispostos neste artigo, deve ser aplicado na data de aniversário do contrato escrito.

§ 2º O IPCA a ser aplicado deve corresponder ao valor acumulado nos 12 meses anteriores à data do aniversário do contrato escrito, considerando a última competência divulgada oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Art. 5º O índice de reajuste definido pela ANS, nas situações em que couber sua aplicação, incidirá sobre o valor dos serviços contratados, com exceção de órteses, próteses, materiais e medicamentos que sejam faturados separados dos serviços.

Parágrafo único. Para as entidades hospitalares a aplicação do índice será conforme estabelecido no contrato.

Art. 6º Na inexistência de contrato escrito entre as partes, não se aplicará o índice de reajuste definido pela ANS.

Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade a ser descrito através de Instrução Normativa.

§ 1º Para os profissionais de saúde a ANS utilizará na composição do Fator de Qualidade critérios estabelecidos pelos conselhos profissionais correspondentes em parceria com a ANS em grupo a ser constituído para este fim.

§ 2º Para os demais estabelecimentos de saúde a ANS utilizará na composição do fator de qualidade certificados de Acreditação e de Certificação de serviços estabelecidos no setor de saúde suplementar, em grupo a ser constituído para este fim.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 8º Excepcionalmente, no primeiro ano de vigência desta Resolução, o índice da ANS será aplicado nos casos de contratos escritos sem cláusula de forma de reajuste e nos casos de contratos não escritos, observados os seguintes critérios:

I - existência de relação contratual pelo período mínimo de 12 meses; e

II - aplicação do índice na data de aniversário do contrato, para os contratos escritos, ou na data de aniversário do início da prestação de serviço, para os contratos não escritos.

Art. 9º Fica definido o prazo, contado a partir da vigência desta Resolução, de 2 (dois) anos, para os profissionais de saúde, e 1 (um) ano, para os demais estabelecimentos de saúde, para o início da aplicação do Fator de Qualidade.

Parágrafo único. Até a vigência da aplicação do Fator de Qualidade, conforme os prazos estabelecidos no caput, a aplicação do índice definido pela ANS, quando couber, será integral respeitando o disposto no §2º do art. 4º desta Resolução.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. O disposto nesta Resolução não se aplica a:

I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;

II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;

III - administradoras de benefícios.

Art. 11. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 12. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Diretor-Presidente

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 365, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e

II - Região de Saúde: o espaço geográfico definido na Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e suas alterações, combinada com a Instrução Normativa - IN DIPRO nº 37, de 25 de novembro de 2011.

CAPÍTULO II

DA SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES NÃO HOSPITALARES

Seção I

Da Substituição

Art. 3º É facultada a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 1º A operadora poderá indicar estabelecimento para substituição já pertencente a sua rede de atendimento desde que comprovado, através de aditivo contratual, que houve aumento da capacidade de atendimento correspondente aos serviços que estão sendo excluídos.

§ 2º O disposto no caput se aplica às pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua condição como contratados, referenciados ou credenciados.

§ 3º A substituição deve observar a legislação da saúde suplementar, em especial, no que se refere ao cumprimento dos prazos de atendimento e à garantia das coberturas previstas nos contratos dos beneficiários.



§ 4º A operadora é responsável por toda a rede de prestadores oferecida aos seus beneficiários, independentemente da forma de contratação ser direta ou indireta.

Art. 4º Por ocasião da substituição de prestadores não hospitalares a operadora deverá observar as seguintes orientações:

I - disponibilidade de rede assistencial capaz de garantir a assistência à saúde e sua continuidade, pela facilidade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, considerando a cobertura assistencial contratada;

II - garantia da qualidade da assistência à saúde, considerando-se os seguintes atributos: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e segurança do paciente;

III - utilização de informações demográficas e epidemiológicas relativas ao conjunto de beneficiários com quem mantém contrato para o estabelecimento de prioridades de gestão e organização da rede assistencial; e

IV - direito à informação, ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial.

Art. 5º A substituição de que trata o artigo 3º não exime a operadora de atender aos demais critérios de manutenção e cadastramento de prestadores de serviços de atenção à saúde na rede assistencial da operadora, conforme disposto na RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e Instruções Normativas específicas da DIPRO.

Seção II Dos Critérios de Equivalência

Subseção I

Estabelecimentos de Saúde Não Hospitalares

Art. 6º A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência quando da substituição de um estabelecimento não hospitalar, pessoa jurídica, exceto os profissionais previstos no art. 7º, por outro em sua rede assistencial do plano de saúde:

I - Mesmo Tipo de Estabelecimento, conforme registro do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

II - Mesmos Serviços Especializados, conforme registro do prestador no CNES;

III - localização no mesmo município;

a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;

b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

Parágrafo único. No caso de ausência ou incompatibilidade ou desatualização de cadastro no CNES do prestador a ser substituído e/ou do que irá substituir, a operadora deverá considerar os serviços contratados, utilizando como referência a descrição de Tipo de Estabelecimento e de Serviços Especializados adotada pelo CNES para verificação da equivalência dos prestadores.

Subseção II

Profissionais de Saúde que Atuam em Consultório Isolado

Art. 7º A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência quando da substituição de um profissional de saúde que atue em consultório isolado, conforme cadastro no CNES, pessoa física ou jurídica, por outro em sua rede assistencial do plano de saúde:

I - habilitação legal para exercer a mesma profissão;

II - localização no mesmo município;

a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;

b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

Parágrafo único. No caso de ausência ou incompatibilidade ou desatualização de cadastro no CNES do prestador a ser substituído e/ou do que irá substituir, a operadora deverá considerar os serviços contratados para verificação da equivalência dos prestadores.

Seção III

Das Exceções

Art. 8º É permitida a exclusão de prestador não hospitalar da rede assistencial do plano de saúde sem substituição nas seguintes situações:

I - rescisão de contrato coletivo que ocasiona redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano de saúde no município onde o prestador a ser excluído está localizado;

II - ausência de prestação de serviço para o plano de saúde por no mínimo 12 meses consecutivos, desde que não haja suspensão formalizada acordada entre as partes;

III - quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, respeitados os limites de cobertura e a existência de mecanismos de regulação financeira previstos no contrato do mecanismo.

Art. 9º As exceções previstas no artigo 8º não se aplicam às operadoras que:

I - tenham tido a comercialização de produtos suspensa em área de atuação que inclua o município onde o prestador a ser excluído está localizado, nos últimos dois ciclos de monitoramento da garantia de atendimento; ou

II - estejam em regime especial de direção técnica.

CAPÍTULO III

DA COMUNICAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS

Art. 10. O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações das substituições havidas em sua rede assistencial não hospitalar para consulta pelos beneficiários, observando os critérios mínimos definidos em Instrução Normativa da DIDES.

§ 1º A informação de que trata o caput deve ser disponibilizada com antecedência mínima de 30 dias, contados da data da efetiva substituição, e deve permanecer acessível por 180 dias.

§ 2º Excepcionalmente, nos casos em que houver suspensão definitiva do atendimento por parte do Prestador, sem cumprimento do prazo para notificação ou não renovação contratual estabelecido entre as partes, ou rescisão contratual por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, a Operadora deverá:

I - comunicar aos beneficiários à exclusão do Prestador na data em que tomou conhecimento do fato; e

II - providenciar sua substituição e comunicá-la aos beneficiários no prazo de 60 dias, contados da data em que tomou conhecimento da suspensão do atendimento.

Art. 11. A operadora deve comunicar, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, por qualquer meio que garanta a ciência do beneficiário, em especial por meio impresso, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, que as substituições havidas na rede assistencial da operadora ficarão disponíveis no Portal Corporativo e na Central de Atendimento da Operadora e os respectivos endereço eletrônico e telefone.

§ 1º A comunicação do endereço eletrônico ou telefone específicos do local onde o beneficiário tem acesso às substituições deverá ocorrer por ocasião da assinatura do contrato com contratante do plano, pessoa física ou jurídica, e no mínimo a cada ano, ou sempre em que houver alteração dos respectivos endereço eletrônico e telefone.

§ 2º Caso a comunicação se dê por meio da disponibilização de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, somente se por meio físico, conforme disposto na RN 360, de 3 de dezembro de 2014, não se aplica o disposto no parágrafo primeiro deste artigo.

§ 3º Caso ocorra alteração das informações constantes do padrão disposto no § 2º deve-se alterar o envio.

Art. 12. A comunicação de que trata esta seção não exime a operadora de atender as demais disposições da RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 13. Fica concedido o prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de publicação de esta Resolução, para que as Operadoras promovam as atualizações em seus sistemas de informação necessárias ao adequado cumprimento das regras de comunicação aos beneficiários no Portal Corporativo das Operadoras.

§ 1º A primeira disponibilização das informações sobre substituição de Prestadores no Portal Corporativo, em conformidade com as regras de comunicação previstas na regulamentação, deve conter o histórico das alterações havidas desde a data da publicação desta Resolução.

§ 2º Durante o período de atualização dos sistemas previsto no caput, as Operadoras estão desobrigadas de observar as regras de comunicação das substituições, podendo utilizar qualquer forma de disponibilização dessa informação no Portal Corporativo.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. O disposto nesta Resolução não se aplica a:

I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;

II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;

III - administradoras de benefícios.

Art. 15. A substituição do Prestador não se aplica quando houver suspensão do atendimento em massa para o plano de saúde como método coercitivo.

Art. 16. Nas substituições da rede não hospitalar não incidirá Taxa por Alteração de Produtos - TAP.

Parágrafo único. A operadora permanece obrigada a cumprir a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, relativa à atualização das redes assistenciais das operadoras.

Art. 17. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 18. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº 1.746, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Técnica na operadora COOPUS - COOPERATIVA DE USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DE CAMPINAS

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso II, alínea "c" do Regimento Interno, aprovado pela Resolução Normativa RN nº. 197, de 16 de julho de 2009, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº. 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, na reunião ordinária de 05 de novembro, considerando as anormalidades administrativas e assistenciais graves que colocam em risco a continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, de acordo com os elementos constantes do processo administrativo nº. 33902.445629/2014-84, adotou a seguinte Resolução Operacional e

eu, Diretor-Presidente, na forma do disposto nos incisos I e III, do art. 82, da RN nº. 197, de 16 de julho de 2009, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica instaurado o Regime de Direção Técnica na operadora COOPUS - COOPERATIVA DE USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DE CAMPINAS, registro ANS nº. 384356, inscrita no CNPJ sob o nº. 96.350.194/0001-24.

Art. 2º Esta Resolução Operacional - RO entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 56, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

Regulamenta o CAPÍTULO III da Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A Diretora responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe a alínea "a" do inciso I do art. 76 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e considerando o disposto no art. XX da Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Instrução Normativa - IN, regulamenta o CAPÍTULO III da Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º As regras dispostas nesta IN aplicam-se aos casos de substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, pessoas físicas ou jurídicas, que prestam serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

CAPÍTULO II

DA DIVULGAÇÃO DA SUBSTITUIÇÃO

Art. 3º Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar nos seus Portais Corporativos na Internet informações sobre as substituições de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares de sua rede assistencial, observando os seguintes critérios mínimos:

I - a substituição deverá ser exibida por plano de saúde, apresentando:

- o nome comercial do plano de saúde;
- seu Nº de registro na ANS ou seu código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos comercializados anteriormente à data de vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (SCPA);
- prestador de serviços de atenção à saúde não hospitalar que será excluído da rede do plano de saúde, com respectiva a data de término da prestação do serviço; e
- prestador de serviços de atenção à saúde não hospitalar que substituirá o prestador a ser excluído da rede do plano de saúde, com a respectiva data de início da prestação do serviço.

II - A consulta das substituições da rede assistencial a partir do Portal Corporativo da operadora de planos privados de assistência à saúde na Internet deve permitir, de forma combinada ou isolada, a pesquisa de todos os dados dos prestadores de serviços de saúde previstos nas alíneas "c" e "d" do inciso I deste artigo, que deverão estar de acordo com o disposto na RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

Parágrafo único. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde condicionar o acesso às informações da substituição de sua rede assistencial somente aos seus beneficiários.

Art. 4º A divulgação da substituição da rede de contratação indireta poderá ser feita por meio de hyperlink que leve ao endereço eletrônico da operadora na Internet, com a qual o prestador mantém contratação direta.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta Instrução Normativa ensejará a aplicação da penalidade prevista no art. 74 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006.

Art. 6º O disposto nesta Instrução Normativa não exime a operadora de atender aos critérios relativos à divulgação e atualização das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet, conforme disposto na RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

Art. 7º Esta Instrução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA