

AUDIÊNCIA PÚBLICA

SENADO FEDERAL

Diretoria de Produtos/ANS

Julho / 2018

Histórico de discussão do reajuste

Câmara Técnica 2010-11 & Agenda Regulatória 2011-12

- ❑ Em 2010, a ANS criou a Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste dos planos individuais regulamentados (Gestão: Alfredo Cardoso – Diretor DIPRO)
- ❑ Em 2011, o projeto foi incluído na Agenda Regulatória da ANS (Gestão: Mauricio Ceschin – Diretor DIPRO)
 - ❑ *Modelo de Financiamento do setor/ Buscar alternativas de modelos de reajustes para planos individuais novos;*
- ❑ Foram realizados estudos, com contribuição de diversos representantes do setor.
 - ❑ Participaram dessa Câmara representantes das diferentes diretorias da Agência e de entidades representativas das operadoras e dos consumidores, como o IDEC, PROCON de São Paulo e o então Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça.
 - ❑ Após a realização de quatro reuniões e formação de grupo interno de trabalho, concluiu-se que, apesar de haver avanços significativos na disponibilidade de dados no setor, a alteração do modelo de reajuste seria comprometida porque os dados contábeis ainda não permitiam validação de método baseado diretamente na variação de custos médico-hospitalares de planos individuais/familiares.
 - ❑ Os estudos foram encerrados em 30/11/2011, com a conclusão de que seria necessária a utilização de uma série de dados ampliada, reavaliação dos critérios da amostra de operadoras e novas simulações que avaliassem a viabilidade da utilização dos dados contábeis para apuração da Variação dos Custos Médico-Hospitalares.
 - ❑ Todos os documentos referentes a essa discussão estão disponíveis na página eletrônica da ANS em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicosanteriores/camara-tecnica-do-novo-modelo-de-reajuste>.

Histórico de discussão do reajuste

Agenda Regulatória 2013-14

- ❑ Em 2013, o projeto foi novamente incluído na Agenda Regulatória da ANS (Gestão: André Longo – Diretor da DIPRO)
 - ❑ *Sustentabilidade do setor/Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais.*
- ❑ Os estudos foram retomados no 2º trimestre de 2013, em caráter interno.
 - ❑ Foi produzida a Nota 1241/2014/GGEFP/DIPRO/ANS, disponibilizada à sociedade em http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/NOTA_PRICECAP.pdf;
 - ❑ A partir de 2013, os dados contábeis da carteira de plano individual foram desagregadas no Plano de Contas Sintético (até 2012, a informação só era obtida em demonstrações analíticas, o que reduzia a conformidade dos dados)
 - ❑ Foram realizadas simulações com índices regionais e fatores de produtividade, calculados a partir dos dados obtidos nas demonstrações contábeis.
 - ❑ Concluiu-se que em algumas regiões, a regionalização do índice não seria possível devido a pequena quantidade e amplitude dos dados (diferença entre o maior e menor valor)
 - ❑ O trabalho foi submetida a uma avaliação externa: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/reuniao_8_avalicao_da_metodologia_e_dos_resultados_do_price_cap.pdf que concluiu que a metodologia proposta é fundamentada economicamente sendo implementável

Histórico de discussão do reajuste

Grupo Técnico 2015

- ❑ Em 2015, foi instituído o Grupo de Trabalho de Política de Preços (Gestão: José Carlos Abrahão – Diretor da DIPRO)
- ❑ Em 2017, dando continuidade aos estudos internos do tema, foram elaboradas quatro propostas, que foram apresentadas em Dez/2017 na 7ª reunião do Comitê de Regulação e Estrutura dos Produtos (Gestão: Karla Coelho – Diretora da DIPRO):
 - ❑ Precificação – Estabelecimento de valores mínimos de **comercialização**;
 - ❑ Reajustes Individuais – Mudança da metodologia de cálculo (do Yardstick para uma metodologia baseada na VCMH – Variação dos Custos Médico-Hospitalares);
 - ❑ Revisão Técnica – Possibilidade de reajustes extraordinários para determinadas carteiras, mediante contrapartidas das operadoras;
 - ❑ Reajustes Coletivos – Ampliação do pool (agrupamento de contratos), das atuais 29 vidas para 100 vidas (nos contratos coletivos empresariais) e todos os contratos (no caso dos contratos coletivos por adesão).
- ❑ As discussões prosseguiram com o tema “reajuste individual”, quando foi realizada, em Fev/2018, a 8ª reunião do Comitê de Regulação e Estrutura dos Produtos.
- ❑ Nos dias 24 e 25 de julho de 2018 será realizada audiência pública com convite a diversas entidades para que sejam discutidas as propostas já apresentadas, bem como uma nova metodologia de reajuste para os planos individuais (Gestão: Simone Freire – Diretora da DIPRO)

Dados do Setor – Março/18

Sala de Situação

Assistência Médica		Modalidade da Operadora - Todas		UF - Todas	
Beneficiários	Variação no mês	Taxa de cobertura	Operadoras em Atividade	Operadoras Ativas com beneficiários	Planos Ativos
47.273.793	0,02%	24,37%	779	754	18.635
Beneficiários por tipo de contratação			Demandas do consumidor		
Individual ou Familiar	9.169.097		Informação	20.504	
Coletivo	37.947.458		Reclamação	8.457	
Coletivo Empresarial	31.511.670		Cobertura	6.007	
Coletivo por adesão	6.434.303		Contratos e Regulamentos	1.795	
Coletivo não identificado	1.485		Mensalidades e Reajustes	616	
Não Identificado	157.238		Outros Temas	39	
Operadoras com planos ativos por tipo de contratação			Receita/Despesa no Ano		
Individual ou Familiar	487			1º Tri/2017	1º Tri/2018
Coletivo Empresarial	623		Receita de contraprestações	42.352.477.088	44.867.213.346
Coletivo por adesão	552		Outras receitas operacionais	4.088.236.311	3.975.469.016
			Despesa assistencial	34.479.391.165	36.832.458.390
			Despesa administrativa	4.476.913.856	4.449.208.983
			Despesa comercialização	1.263.135.363	1.272.380.314
			Outras despesas operacionais	4.176.623.242	4.286.666.642
			Taxa de sinistralidade	81.4%	82.1%

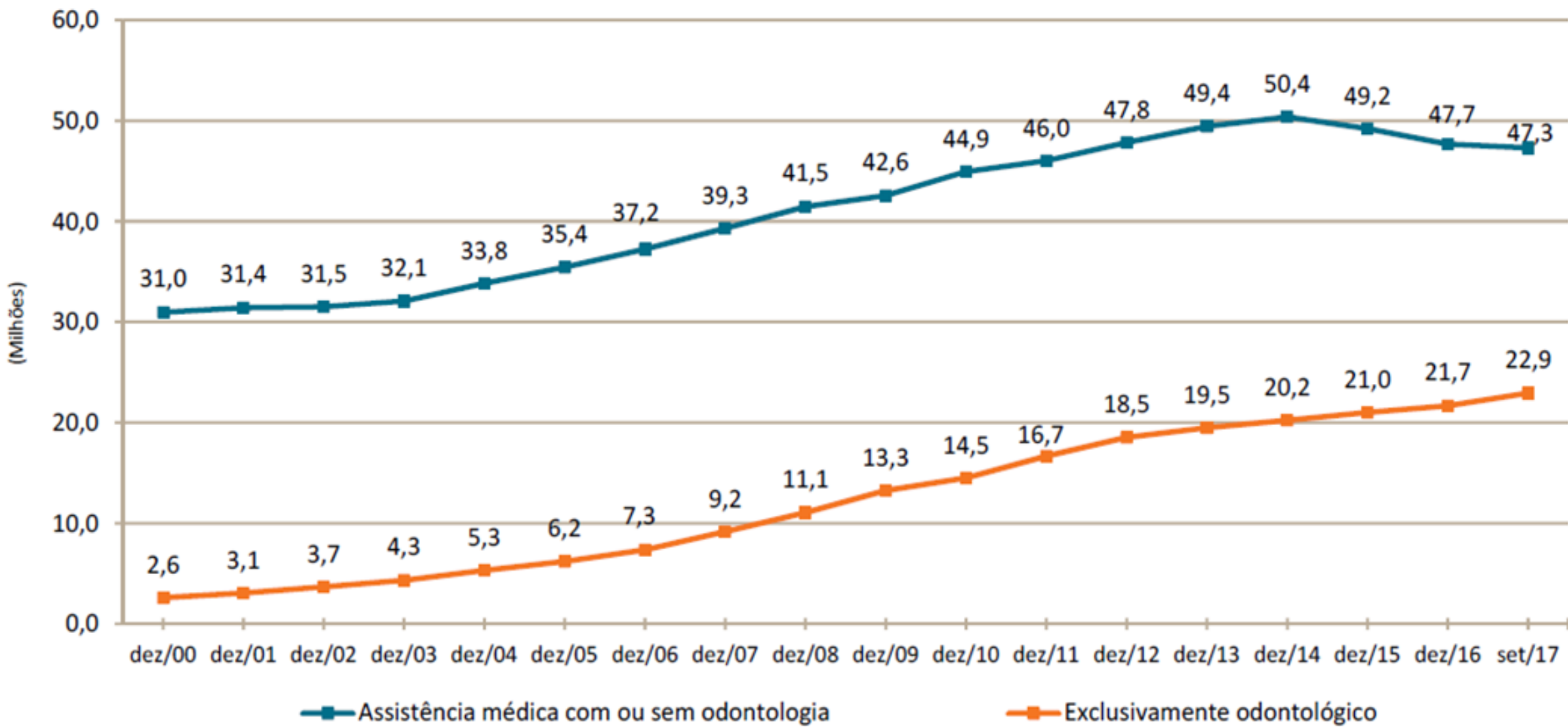
Evolução do Nº de Beneficiários

Caderno de Saúde Suplementar Dez/17

Ano	Nº Beneficiários em Planos M-H com ou sem Odonto	Taxa Crescimento
Dez /2008	41.468.019	5,5
Dez /2009	42.561.398	2,6
Dez /2010	44.937.350	5,6
Dez /2011	46.025.814	2,4
Dez /2012	47.846.092	4,0
Dez /2013	49.478.215	3,4
Dez /2014	50.139.736	1,3
Dez /2015	49.196.542	-1,9
Dez /2016	47.618.293	-3,2
Dez /2017	47.232.590	-0,8
Mar/2018	47.152.579	-0,2

Fonte: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

- Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2000-setembro/2017)



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2017.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2017

Notas: 1. O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Receita x Despesa

Receita de contraprestações das operadoras (em Reais) (Brasil - 2008-2018)

Ano	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
2008	60.433.169.987	12.094.287.940	8.182.685.119	10.671.511.875	1.730.629.659	8.642.254.727
2009	65.729.181.803	15.421.697.489	54.105.693.937	11.336.752.534	2.006.390.129	10.044.505.475
2010	74.255.866.012	18.121.469.007	59.711.410.619	12.217.911.909	2.319.014.135	12.426.938.890
2011	84.367.198.778	19.694.708.442	68.851.186.132	13.001.713.745	2.743.336.217	14.033.340.070
2012	95.216.079.102	20.284.875.831	80.073.580.927	13.972.303.925	3.149.606.828	13.478.695.223
2013	109.033.713.525	14.900.542.583	90.906.340.009	14.670.255.393	3.488.427.813	13.810.929.979
2014	126.562.323.016	14.880.757.588	106.495.517.183	16.324.838.429	4.138.590.043	14.694.195.640
2015	143.316.979.247	15.297.250.264	120.119.869.692	17.215.490.024	4.777.138.317	15.750.807.052
2016	161.566.876.053	17.167.973.021	137.123.815.321	18.722.316.054	5.291.050.757	17.447.481.334
2017	179.303.994.674	16.964.687.834	150.583.574.464	19.617.610.261	5.365.351.897	17.578.109.816
2018	45.652.556.564	3.993.967.099	37.165.212.902	4.623.452.419	1.360.373.170	4.344.462.899

Fontes: DIOPS/ANS/MS – 12/06/2018

Notas:

1. Dados de 2018 referentes ao 1º trimestre.

Fonte: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

Evolução do Valor Comercial Médio – Planos Individuais

Faixa Etária 44 aos 48 anos de idade

Mês	Valor Comercial sem Fator Moderador	Valor Comercial com Fator Moderador	Diferença Percentual	Evolução Mensal da Diferença	Evolução Acumulada Anual da Diferença	Evolução Acumulada da Diferença
jan 15	485,01	364,96	32,9%	2,43%	0,00%	8,62%
fev 15	489,80	367,22	33,4%	1,47%	1,47%	10,22%
mar 15	495,35	370,35	33,7%	1,11%	2,60%	11,44%
abr 15	508,61	372,43	36,6%	8,34%	11,15%	20,74%
mai 15	512,61	374,89	36,7%	0,47%	11,67%	21,30%
jun 15	518,59	385,43	34,5%	-5,95%	5,03%	14,08%
jul 15	528,74	391,19	35,2%	1,78%	6,89%	16,11%
ago 15	529,45	392,18	35,0%	-1,46%	6,41%	15,58%
set 15	535,69	395,41	35,5%	1,36%	7,85%	17,15%
out 15	544,35	398,53	36,6%	3,14%	11,23%	20,83%
nov 15	543,56	400,68	35,7%	-2,54%	8,41%	17,75%
dez 15	549,46	406,24	35,3%	-1,14%	7,17%	16,42%
jan 16	558,88	408,76	36,7%	4,17%	0,00%	21,27%
fev 16	563,33	414,83	35,8%	-2,53%	-2,53%	18,21%
mar 16	572,63	418,37	36,9%	2,99%	0,39%	21,75%
abr 16	575,10	420,36	36,8%	-0,16%	0,23%	21,56%
mai 16	579,49	422,98	37,0%	0,51%	0,75%	22,18%
jun 16	587,02	425,34	38,0%	2,73%	3,50%	25,52%
jul 16	592,57	432,26	37,1%	-2,43%	0,98%	22,46%
ago 16	604,53	437,29	38,2%	3,12%	4,13%	26,28%
set 16	607,33	438,92	38,4%	0,32%	4,47%	26,69%
out 16	606,62	440,04	37,9%	-1,33%	3,08%	25,01%
nov 16	617,41	448,03	37,8%	-0,14%	2,94%	24,84%
dez 16	619,19	448,26	38,1%	0,87%	3,83%	25,92%
jan 17	625,47	453,37	38,0%	-1,45%	0,00%	25,35%
fev 17	631,90	455,98	38,6%	1,63%	1,63%	27,39%
mar 17	637,20	459,98	38,5%	-0,13%	1,50%	27,22%
abr 17	641,08	463,94	38,2%	-0,90%	0,58%	26,07%
mai 17	644,45	466,38	38,2%	0,00%	0,58%	26,08%
jun 17	647,27	462,74	39,9%	4,44%	5,05%	31,68%
jul 17	653,97	472,49	38,4%	-3,68%	1,18%	26,83%
ago 17	656,96	475,86	38,1%	-0,91%	0,26%	25,67%
set 17	671,30	486,00	38,1%	0,18%	0,44%	25,90%
out 17	678,21	486,65	39,4%	3,24%	3,70%	29,98%
nov 17	679,39	489,38	38,8%	-1,36%	2,28%	28,21%
dez 17	686,67	492,61	39,4%	1,46%	3,77%	30,08%

Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 16/01/2018, 10:15h)

Nota: Média simples excluindo extremos.

Produção Assistencial

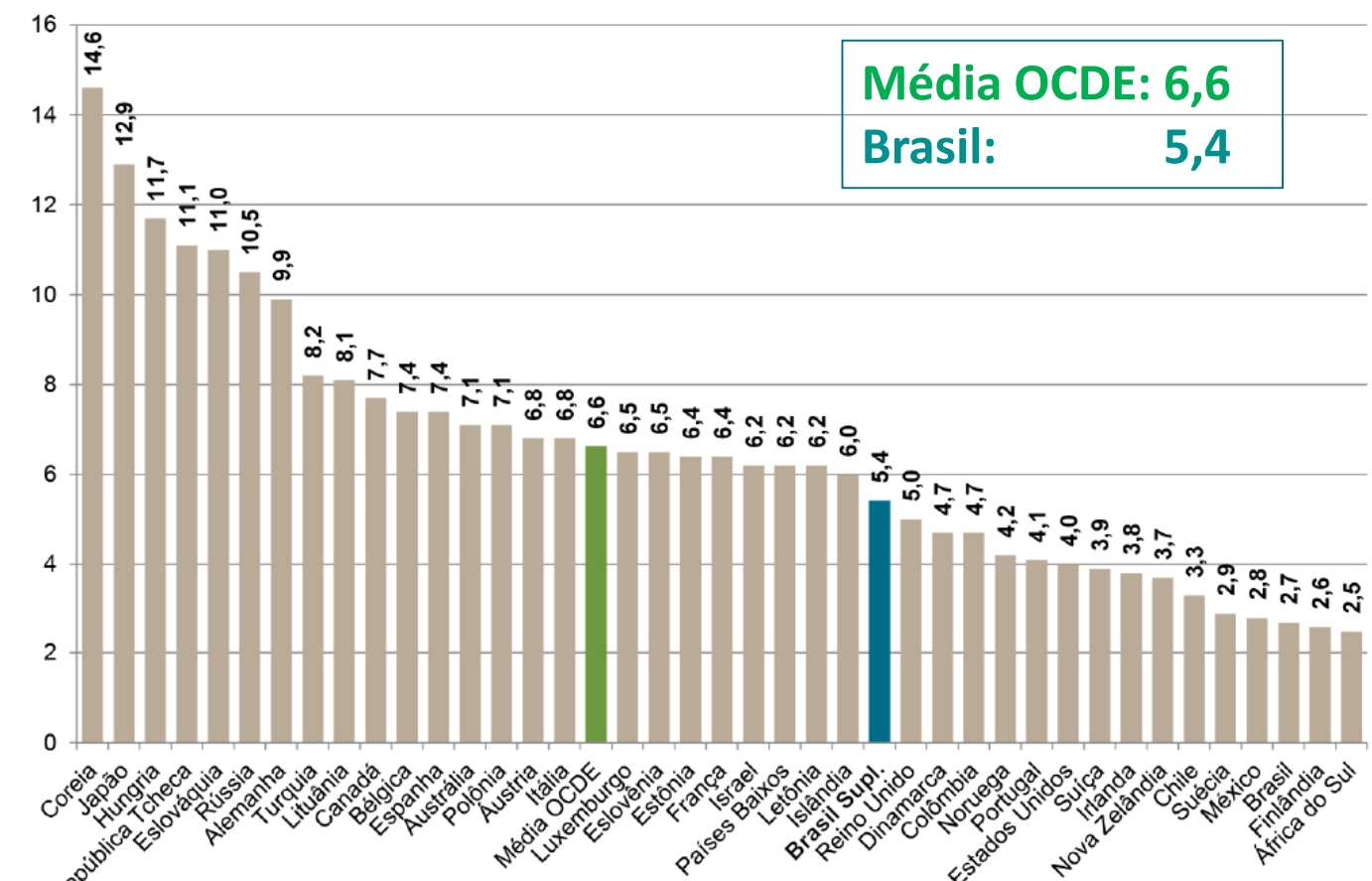
	2016		2017	
	1º. Sem.	2ª. Sem.	1º. Sem.	2ª. Sem.
Consultas médicas	137.206.032	135.778.840	134.300.774	136.004.152
Consultas médicas ambulatoriais	107.540.533	108.862.331	106.705.275	107.612.136
Consultas médicas em Pronto Socorro	29.665.499	26.916.509	27.275.224	27.995.430
Outros atendimentos ambulatoriais	66.427.957	74.752.930	79.162.442	77.835.887
Exames complementares	395.633.699	401.116.460	409.026.048	407.877.481
Terapias	32.466.794	37.497.569	39.260.170	37.956.069
Internações	3.836.460	3.996.822	3.894.475	4.082.656

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2017, SIP/ANS/MS – 03/2018

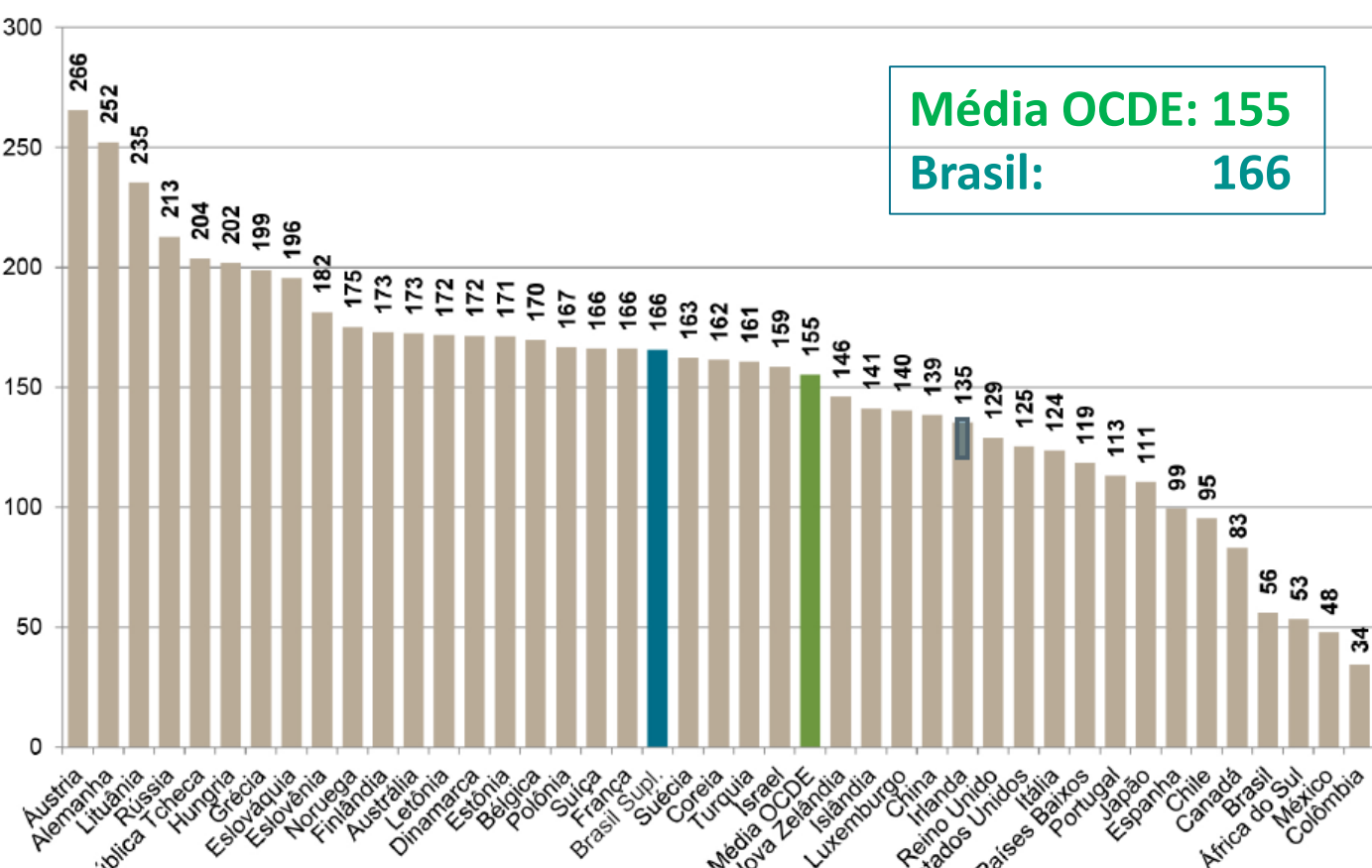
Indicadores Assistenciais da Saúde Suplementar

Comparativo Brasil (2015) com os países membros e parceiros da OCDE (2013)

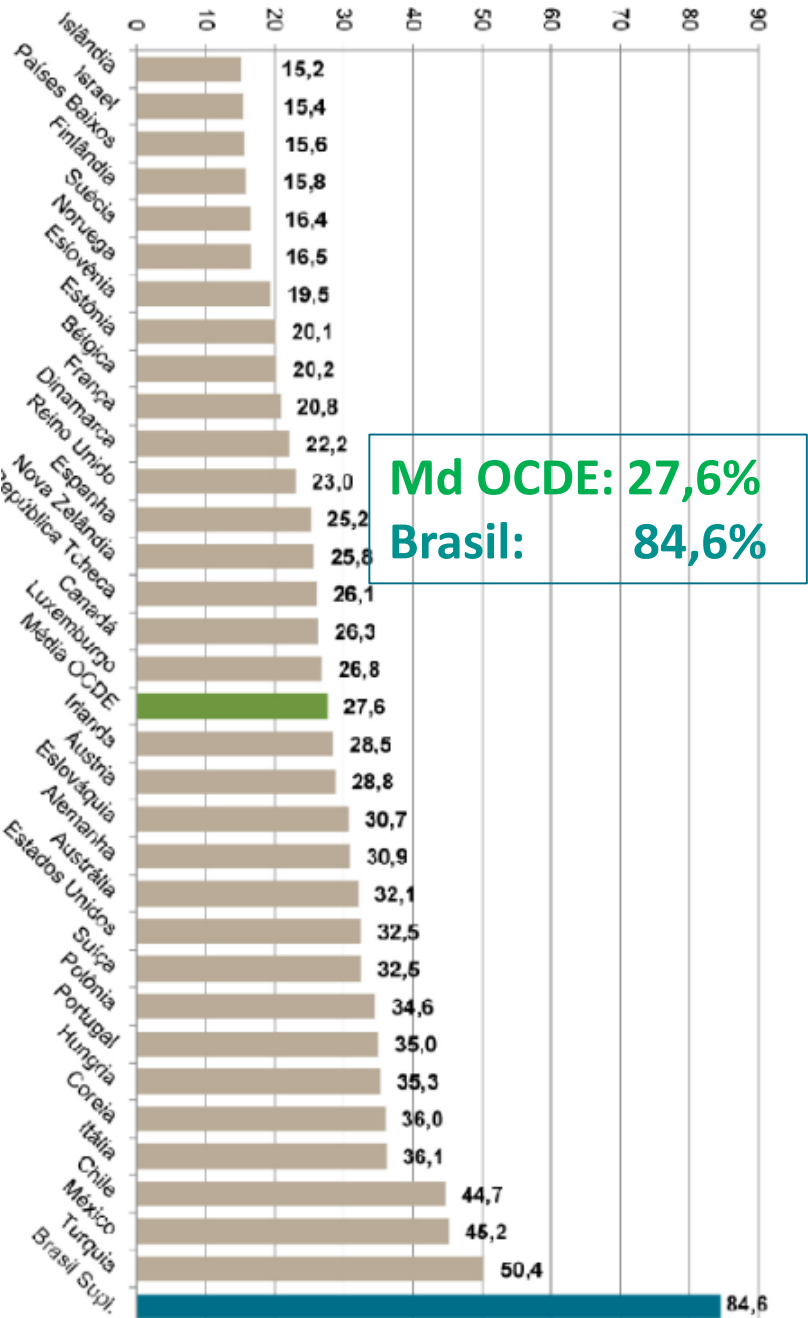
Consultas médicas por habitante



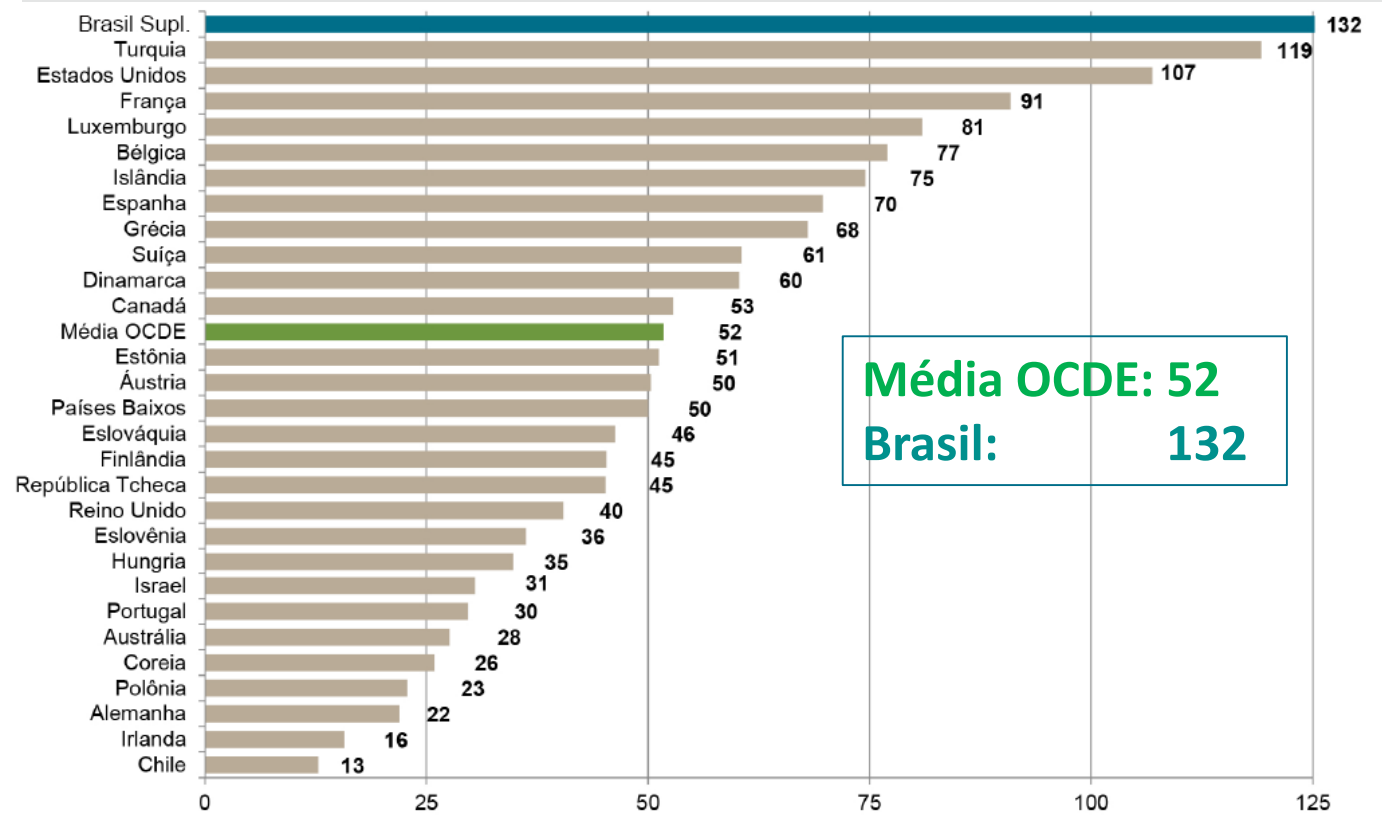
Taxa de Internação hospitalar por 1000 habitantes



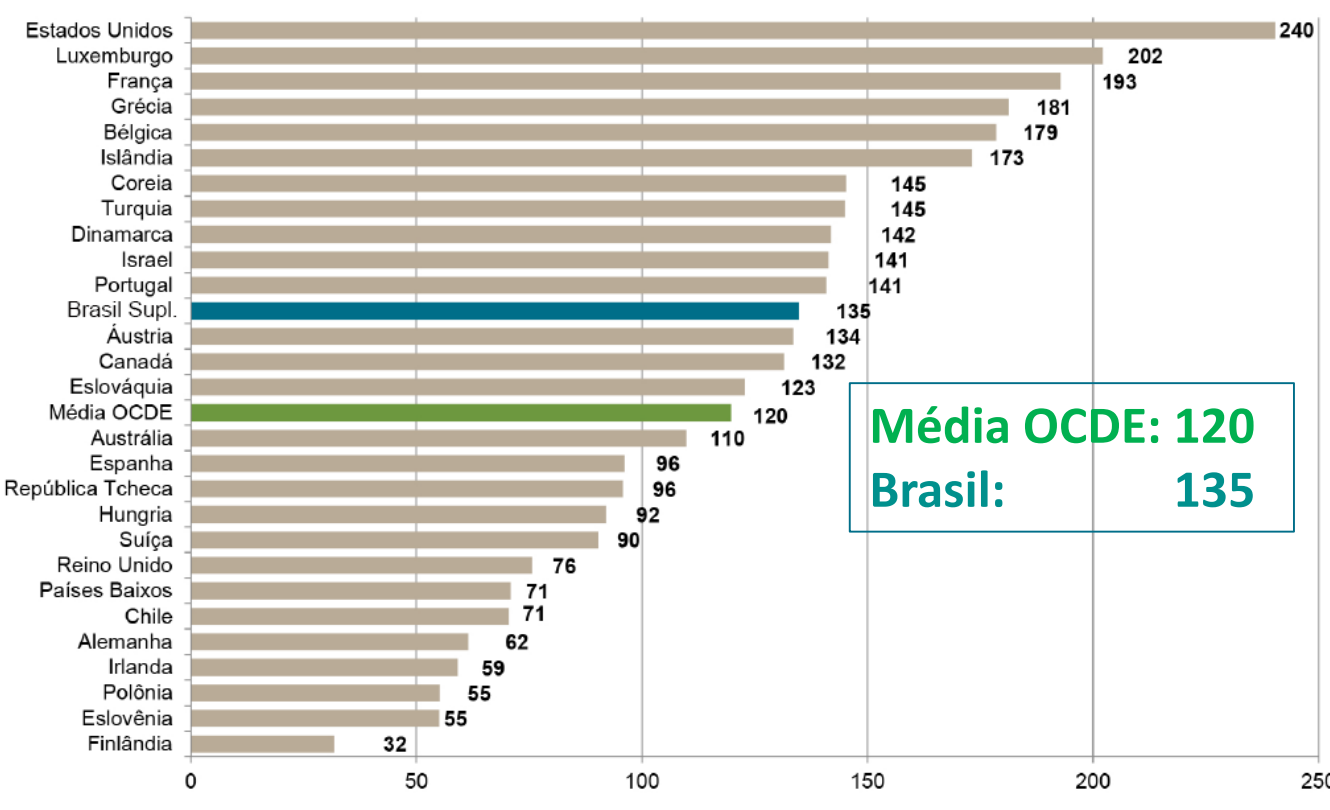
Taxa de Cesarianas (nº de partos cesáreos para 100 nascidos vivos)



Nº Total de Ressonância Magnética por 1000 habitantes



Nº Total de Tomografia Computadorizada por 1000 habitantes



Fonte: OECD (2015b , SIB/ANS 03/16)

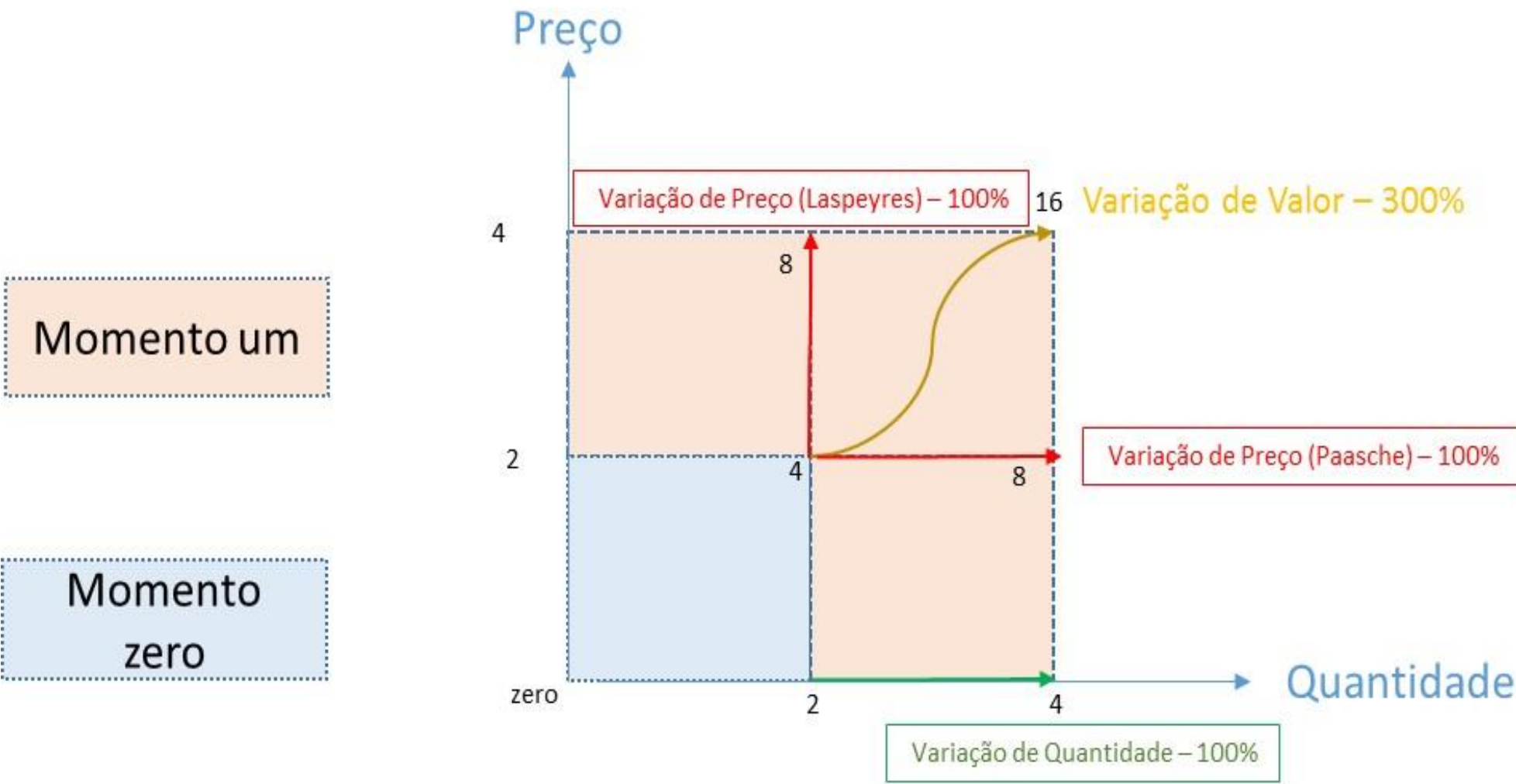
Índices de Preços x Índices de valor

Os **índices de preços** levam em consideração somente as variações do preço de determinado bem ou serviço.

Índices de quantidade levam em consideração a variação da utilização de determinado bem ou serviço. Este aumento de utilização, no caso da Saúde, pode ser derivado de fatores, entre outros, como envelhecimento populacional e introdução de novas tecnologias.

Índices de valor levam em conta a variação simultânea dos efeitos decorrentes de **preços** e de **quantidades**.

ÍNDICE	LASPEYRES	PAASCHE
Preços	$\frac{\sum p_{i,t} \cdot q_{i,0}}{\sum p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	$\frac{\sum p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum p_{i,0} \cdot q_{i,t}}$
Quantidade	$\frac{\sum p_{i,0} \cdot q_{i,t}}{\sum p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	$\frac{\sum p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum p_{i,t} \cdot q_{i,0}}$
Valor	$\frac{\sum p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	



Índices de Preço e VCMH

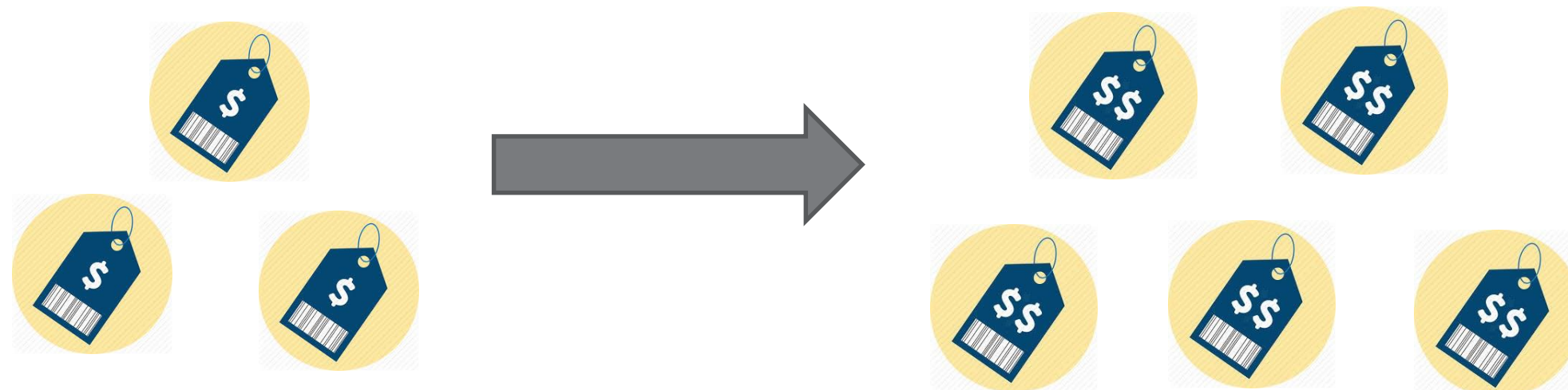
Índices de preço

Medem a variação do preço de um determinado produto (ou de uma cesta de produtos)



Índices de valor

Medem a variação e preços e de quantidades consumidas.



A VCMH é um índice de valor!

Precificação

Preço x Risco

O que é o preço de um plano de saúde?
É a prestação paga pelo Beneficiário à Operadora para que esta assuma o risco em seu lugar.

Assim como no mercado de seguros em geral, o valor pago pelo beneficiário guarda relação direta com o risco apresentado.

RISCO



RISCO



(medido, mensurado)

PREÇO

- Mensalidade
- Prêmio
- Contraprestação Pecuniária

PREÇO



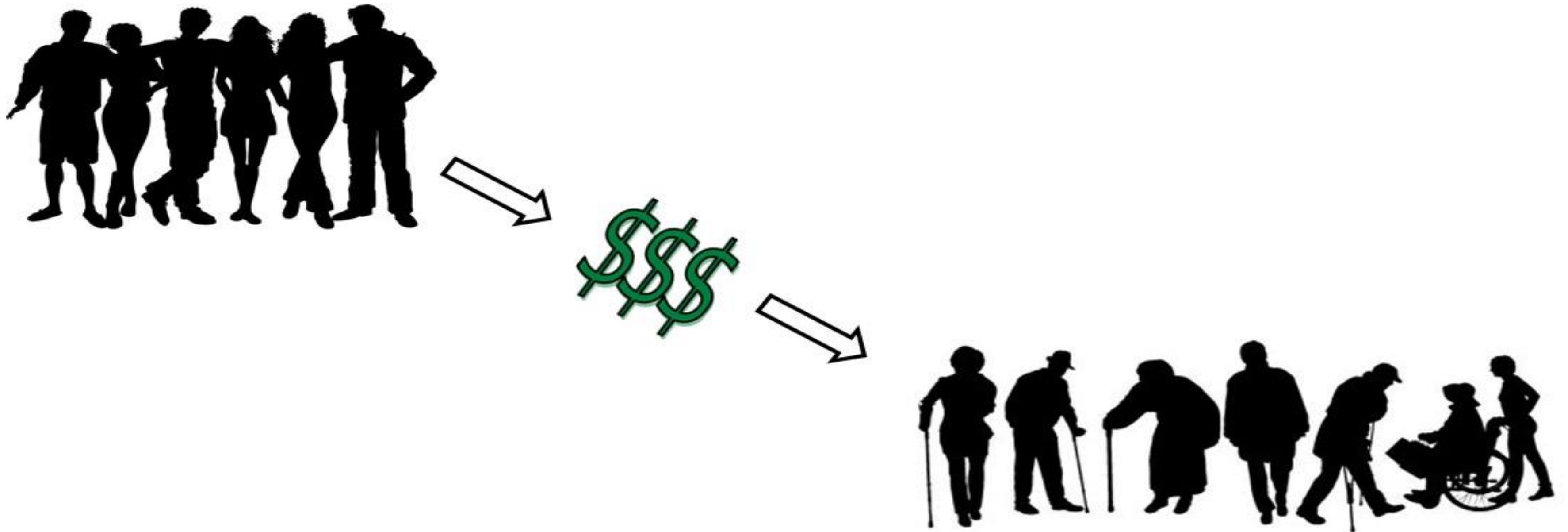
No caso da saúde suplementar, quanto maior a idade, maior o risco do beneficiário, aumentando a mensalidade.

Como equacionar esta situação?



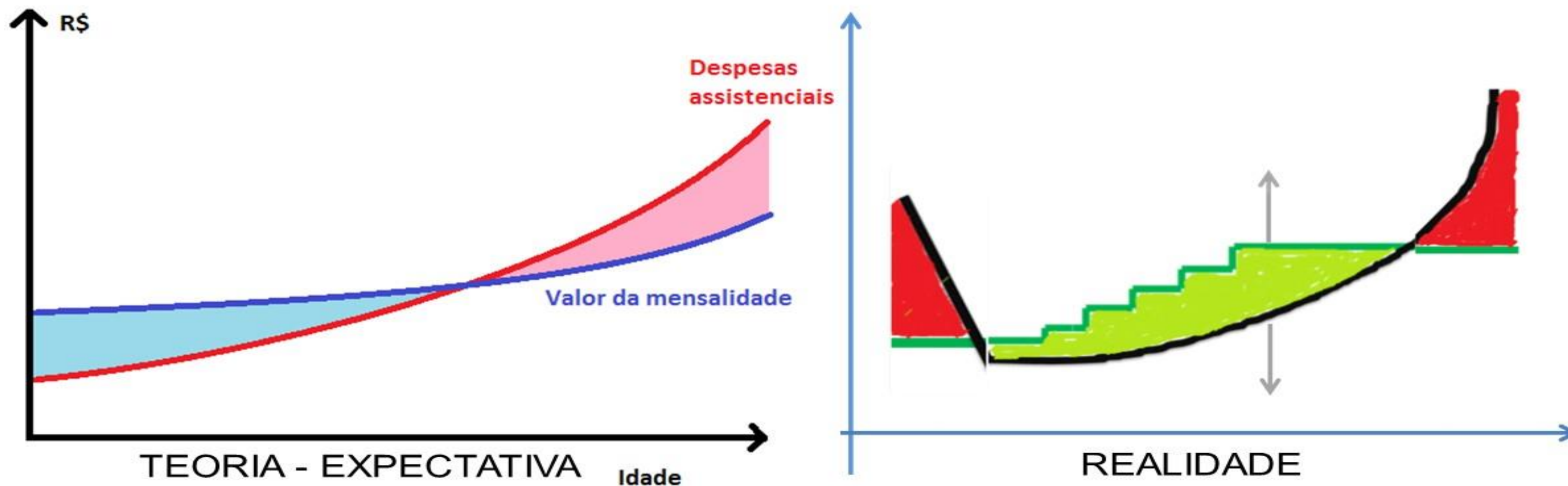
Pacto Intergeracional

Os mais jovens ajudam a financiar os mais idosos



Pacto Intergeracional

Com o pacto intergeracional, espera-se que o **superávit** obtido nas idades mais jovens....



...seja suficiente para financiar o **déficit** dos mais idosos.

Precificação de Planos de Saúde



Formação de Preço

NORMATIVOS

NTRP – Nota Técnica de Registro de Produtos

- O que é: Embasamento técnico para formação dos preços de comercialização do plano de saúde.
- Importância do instrumento: Monitoramento dos preços praticados; Portabilidade de carências; Estímulo à precificação adequada

Normativos:

- **RDC Nº 28/2000** e alterações: RDC nº 46/2000, RN´s nº 183/2008, nº 252/2011 e nº 304/2012.
- IN/DIPRO nº 08/2002 complementa a regulamentação.

- Obrigatória para planos médico-hospitalares em pré-pagamento, individuais e coletivos

- Regras para os preços de comercialização:
 - (1) ser maior que o valor da “Coluna K”: Valor da Despesa Assistencial por Exposto com Margem de Segurança Estatística.
 - (2) estar dentro dos limites de comercialização: 30% acima ou abaixo do Valor Comercial da Mensalidade informado na NTRP
 - (3) a variação entre os Valores Comerciais por faixa etária da NTRP deve manter perfeita relação com a variação por faixa etária das tabelas de preços de venda e do contrato”.

A sustentabilidade econômico-financeira de longo prazo do mercado de planos de saúde depende da adequada relação entre os riscos assumidos e os prêmios cobrados.

Desta forma, é necessário que, conforme o beneficiário envelheça, o valor de sua mensalidade seja reajustado para refletir o perfil de risco apresentado pela sua nova faixa etária.

Não confundir com o reajuste financeiro anual!

Reajuste por Variação de Faixa Etária

Planos Regulamentados, contratados após a vigência da Lei 9.656/98 (após 01/01/99):

- Aumento aplicado na contraprestação pecuniária do plano em razão da mudança de idade do beneficiário;
- Ocorre cada vez que o beneficiário atinge uma idade que represente o início de uma nova faixa etária;
- Visa garantir o pacto intergeracional;
- **Não há necessidade de autorização prévia da ANS**, desde que a cláusula esteja de acordo com o norma vigente à época da contratação;
- **Regras diferenciadas em função da data de contratação do plano.**

Planos não Regulamentados, contratados antes da vigência da Lei 9.656/98 (até 01/01/99):

- A partir da publicação da decisão liminar do STF, na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 1931-8), em set/2003, são válidas todas as variações por mudança de faixa etária previstas nos contratos ou registradas em Notas Técnicas aprovadas pela SUSEP (Súmula Normativa nº 06/2004).

Reajuste Anual

- Aumento aplicado na contraprestação pecuniária do plano em razão da variação de custos médico hospitalares.
- Ocorre uma vez a cada 12 meses, no aniversário do contrato.
- Regras diferenciadas em função da data e do tipo de contratação do plano.

Planos não Regulamentados, contratados antes da vigência da Lei 9.656/98 (até 01/01/99):

Planos Individuais / Familiares

- **Reajuste de acordo com o contrato**, desde que contenha o índice de preços a ser utilizado ou critério claro de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo.
- **Reajuste de acordo com o índice da ANS**, caso o contrato não seja claro quanto ao reajuste anual.
- **OPS com Termo de Compromisso**: Reajuste autorizado pela ANS.

Planos Coletivos

- Reajuste negociado entre a PJ contratante e a Operadora, com restrições dadas pela RN nº 195/09.

Reajuste Anual

Planos Regulamentados, contratados na vigência da Lei 9.656/98 (após 01/01/99):

Planos Individuais/Familiares

- **Reajuste depende de autorização da ANS.**
- **ANS autoriza o reajuste máximo,** a ser aplicado no aniversário do contrato.
- **Metodologia utilizada desde 2001:** Reajustes dos planos individuais calculados a partir das variações das contraprestações de planos coletivos (ANS procura legar aos planos individuais os reflexos da dinâmica concorrencial apurada no mundo coletivo).

Planos Coletivos

- **Reajuste negociado entre a PJ contratante e a Operadora, com restrições dadas pela RN nº 195/09**
- **Contratos com menos de 30 beneficiários** devem ter o mesmo reajuste – **Pool de Risco:** RN nº **309/2012**.
- **Comunicação obrigatória à ANS:** qualquer variação positiva, negativa ou zero deve ser comunicada à ANS.
- **Monitoramento contínuo e permanente,** sujeitando a OPS às sanções administrativas.

Reajuste Anual Planos Individuais Regulamentados

Reajustes Individuais

Ano	Reajustes
2017	13,55%
2016	13,57%
2015	13,55%
2014	9,65%
2013	9,04%
2012	7,93%
2011	7,69%
2010	6,73%
2009	6,76%
2008	5,48%
2007	5,76%
2006	8,89%
2005	11,69%
2004	11,75%
2003	9,27%
2002	7,69%
2001	8,71%
2000	5,42%

Reajuste 2018: 10%

Sobre o Índice Calculado pela ANS

- É o reajuste máximo para os planos regulamentados individuais/familiares.
- Não é um índice de preços.

Custos de saúde para as empresas não são APENAS função apenas da variação dos preços de medicamentos, materiais, etc., mas também da frequência de utilização destes pelos seus beneficiários.

Ao basear sua metodologia de cálculo na média dos reajustes dos planos coletivos, o índice ANS caracteriza-se como um índice de valor.

Os índices de valor são aqueles que levam em consideração tanto os preços dos insumos como as quantidades utilizadas desses insumos em duas épocas.

Metodologia

Se baseia na estatística dos reajustes dos planos coletivos com mais de 30 beneficiários (medida de tendência central).

O cálculo exclui os valores extremos da distribuição estatística (outliers).

Reajuste - Agrupamento de Contratos

RN nº 309/12

O que é?

- Reajuste Anual dos planos coletivos inseridos no “Pool de Risco”: reajuste único calculado através do agrupamento de todos os contratos com até 30 (trinta) beneficiários de uma mesma operadora.

Objetivo

- Diluir entre os pequenos contratos a variação dos custos assistenciais auferida no ano anterior entre os diversos contratos agrupados.

Transparência das informações

Resolução Normativa nº 389/15, desde 01/08/16

- Obrigatoriedade da disponibilização pelas operadoras do conteúdo mínimo de informações referentes aos planos coletivos empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido.
- Extrato pormenorizado disponibilizado à PJ contratante, com antecedência mínima de 30 dias, em formato eletrônico contendo os seguintes itens considerados para o cálculo do reajuste no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS (art. 14 e 15):
 - o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo;
 - a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e
 - o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado.
- Após a efetiva aplicação do reajuste, os beneficiários, titulares ou dependentes, poderão solicitar formalmente o extrato pormenorizado para a administradora de benefícios ou operadora, que terão o prazo máximo de 10 (dez) dias para seu fornecimento (art. 16).

Monitoramento dos Reajustes dos Planos Coletivos

- Monitoramento dos comunicados de reajuste de planos coletivos informados pelas operadoras:
- Critérios adotados:
 - Nº de beneficiários da operadora;
 - Percentuais de reajuste considerados “outliers”;
 - Inconsistência das informações.
- Procedimentos:
 - Extrato RPC para OPS;
 - Confirmação dos percentuais enviados; e
 - Solicitação de documentação comprobatória.
- Encaminhamentos:
 - Retificação das informações prestadas.
 - Abertura de processo para apuração de indício de infração.

Obrigado!



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladora oficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL