

Ofício 038/2016/PRESI

Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2016.

Ao Senhor

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO
Diretor-Presidente e Diretor de Gestão da ANS- DIGES
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora de Desenvolvimento Setorial – DIDES/ANS

SIMONE SANCHES FREIRE
Diretora de Fiscalização - DIFIS

KARLA SANTA CRUZ COELHO
Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Assunto: GT Interáreas da ANS - Mecanismos Financeiros de Regulação (Franquia e Coparticipação)

Senhor Presidente,

A FENASAÚDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade representativa de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, em atenção ao assunto em referência que está sendo tratado no âmbito do Grupo Técnico Interáreas da ANS, vem apresentar suas considerações iniciais sobre o tema.

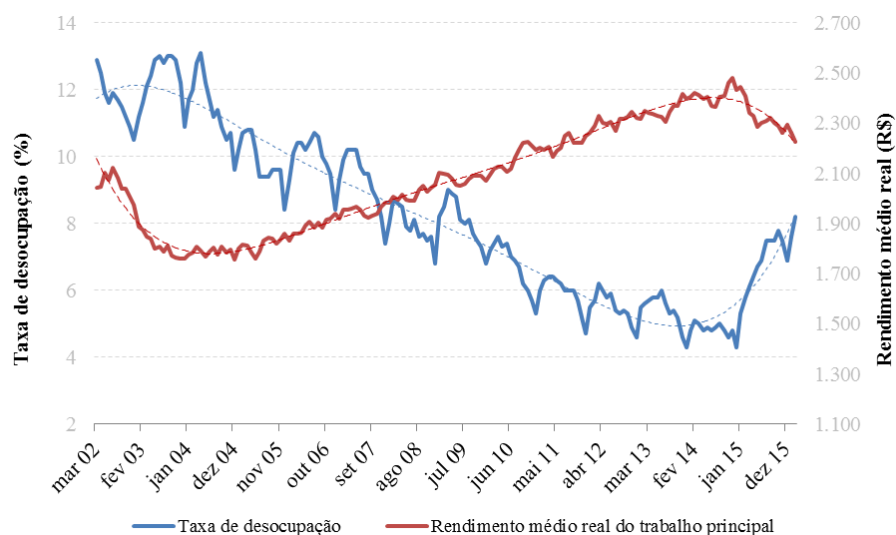
Importante destacar que se trata de uma questão complexa e de extrema relevância, o que demanda maior aprofundamento das propostas para que se possa avançar na construção de novos mecanismos financeiros coerentes com a capacidade de pagamento das famílias e empresas.

1. Situação Atual: Redução do Número de Beneficiários e Custos Crescentes

Após longo período de expansão, o mercado de saúde suplementar perdeu 1,6 milhão de beneficiários de planos de assistência médica entre junho de 2015 e junho de 2016 (-3,3%). Para enfrentar os desafios do momento econômico, garantindo a solidez do sistema, faz-se necessário o enfrentamento de desafios estruturais que resultam em um crescimento dos custos médicos hospitalares em velocidade superior à inflação de preços ao consumidor e à própria capacidade de pagamento da população e das empresas.

O enfraquecimento do ritmo de crescimento mercado de saúde suplementar está fortemente associado às dificuldades crescentes que as condições macroeconômicas vêm impondo ao mercado formal de trabalho. Em 2015, foram fechados 1,6 milhão¹ de postos de trabalho com carteira assinada no país, queda de 3,7% na comparação com 2014. O resultado é o pior desde o início da série histórica, em 2002. A deterioração no mercado de trabalho e a queda do rendimento afetaram negativamente o desempenho do mercado de saúde suplementar. A taxa de desocupação foi de 11,3%, no segundo trimestre de 2016, com aumento de 3,0 pontos percentuais na comparação com igual período de 2015, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). O rendimento médio real habitual dos trabalhadores foi de R\$ 1.972,00 e ficou 4,2% menor que o verificado no segundo trimestre de 2015.

Gráfico 1 - Evolução da taxa de desocupação e rendimento médio real (Mar/02 – Fev/16)



Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Mensal de Emprego (IBGE/PME). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Mensal de Emprego mar/02-fev/16.

¹ Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged).

A ampliação do número de beneficiários é importante para a sustentabilidade do sistema e, para se evitar os efeitos perversos de um fenômeno conhecido como espiral inflacionária, ou seja, quando os custos médicos sobem demasiadamente, há o incentivo para que jovens não adiram ao plano, permanecendo apenas aqueles que mais precisam e utilizam. Assim, sucessivamente, elevam-se cada vez mais os custos, pois se reduz o *pool* de risco. No limite, apenas indivíduos de alto custo permanecem no plano, inviabilizando a solidariedade entre diferentes classes de risco, fundamento para o funcionamento do mecanismo de financiamento do setor. A situação econômico-financeira do setor inspira cuidados e a solvência de muitas operadoras bem como a sustentabilidade de todo o setor encontra-se ameaçada como se pode observar na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Resultado operacional – Mercado (2007-2015)

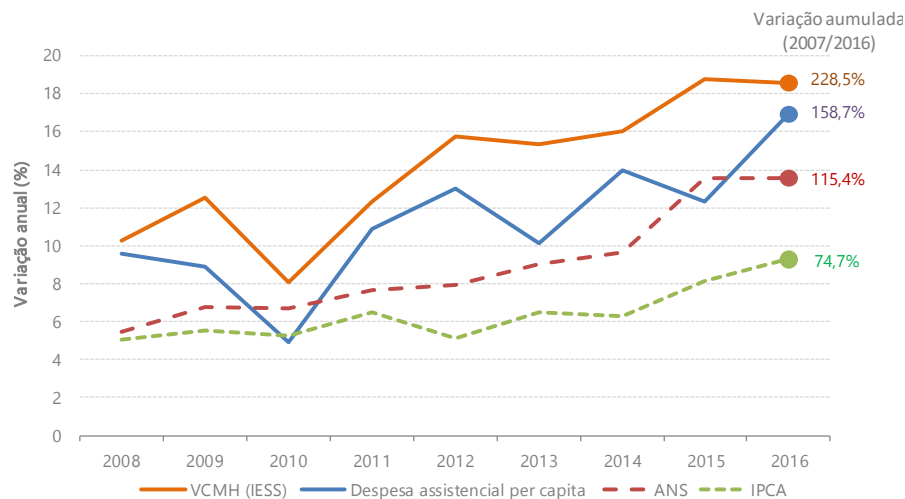
	bilhões (R\$)									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ (%) 2015/2007
Receita	54,2	61,5	66,6	73,4	85,3	97,2	112,8	130,4	148,3	173,7
Despesa total	53,7	61,5	68,3	75,2	86,0	98,5	112,7	131,0	147,5	174,6
Despesa assistencial	41,7	48,4	54,1	60,0	68,9	79,9	91,6	107,1	121,5	191,1
Despesa administrativa ¹	11,0	12,1	13,0	13,9	15,5	16,7	18,8	21,1	23,1	109,5
Impostos	1,0	1,0	1,1	1,3	1,6	1,9	2,3	2,8	2,9	201,4
Resultado operacional	0,4	(0,0)	(1,7)	(1,8)	(0,7)	(1,3)	0,1	(0,6)	0,8	
Margem operacional	0,8%	-0,1%	-2,6%	-2,4%	-0,8%	-1,3%	0,1%	-0,4%	0,5%	

Fonte: Documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde - DIOPS/ANS - Extraído em 3/5/16.

Nota: ¹Considera as despesas com comercialização.

As operadoras de planos e seguros privados de saúde vêm enfrentando escalada de crescimento da despesa assistencial *per capita* de seus beneficiários, que, além de comprometer a renda e o orçamento das famílias e das empresas nos cuidados com saúde, comprime as margens e os investimentos das operadoras. O Gráfico 2 abaixo denota que essas diferenças são persistentes ano após ano, ao tempo em que o reajuste da ANS é sistematicamente inferior aos indicadores de inflação e de custos assistenciais.

Gráfico 2 - Variação anual da despesa assistencial per capita na saúde suplementar, reajuste ANS, IPCA e VCMH – IESS - (2007/2016)



Fontes: Sistema de informações de beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet - Extraído em 6/6/16. IBGE - Sistema Nacional de Índices de Preços ao consumidor IPCA - Extraído em 6/6/16. ANS - Índice de reajuste anual autorizado para planos de saúde individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999. Extraído em 6/6/16.

Nenhuma empresa tem condição de continuar suas atividades em um cenário de desequilíbrio econômico-financeiro por longo período de tempo, pois se assim o fizer acabará por afetar sua situação de solvência e a liquidação será inevitável.

2. Mecanismos de Regulação

No entendimento da FenaSaúde, a CONSU 08/98 não define o percentual máximo para o mecanismo de coparticipação, vedando, tão somente, o financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços. Ainda assim, observa-se com frequência a aplicação de multas a operadoras que tenham praticado coparticipação acima de 30%, fato que não deveria ser considerado como fator restritor severo.

Há que se atentar que a utilização de fator moderador nos contratos de planos ou seguros de saúde é prática aceita internacionalmente. Nenhum país ou governo estrangeiro obteve êxito no estabelecimento legal de limites de coparticipação ou franquia, haja vista a imprescindibilidade da liberdade de sua fixação para viabilização do benefício pelas empresas estipulantes. Conforme mencionado anteriormente, a administração dos custos da saúde é um dos maiores desafios das empresas contratantes de planos ou seguros de saúde.

Cabe ressaltar que a possível preocupação da ANS de que as empresas contratantes estabeleceriam percentuais elevados de coparticipação não se verifica na dinâmica

do mercado de trabalho em que ao empregador interessa, social e economicamente, que sua força de trabalho seja saudável e produtiva. Portanto, a relação entre o contratante seja ele individual ou coletivo e a operadora deve ser pautada pela liberdade de contratação e livre negociação, além da ampla informação acerca dos mecanismos de regulação a serem aplicados em procedimentos médicos e/ou odontológicos.

Para corroborar com o entendimento, segundo o STJ², a cláusula contratual que prevê coparticipação em plano de saúde não é abusiva. Segundo o relator, ministro Villas Bôas Cueva, os planos de saúde, instituídos com o objetivo de melhor gerir os custos da assistência privada à saúde, podem ser integrais ou coparticipativos. Os ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) definiram que não é ilegal cláusula contratual de plano de saúde que prevê a coparticipação do usuário nas despesas médico-hospitalares em percentual sobre o custo do tratamento.

O relator destacou que o artigo 16 da Lei 9.656/98 permitiu a inclusão de fatores moderadores, paralelos às mensalidades, no custeio dos planos de saúde. Citou como exemplos a coparticipação, a franquia e os limites financeiros, que devem estar devidamente previstos no contrato, de forma clara e legível, desde que também não acarretem o desvirtuamento da livre escolha do consumidor:

“A adoção da coparticipação do plano de saúde implica diminuição do risco assumido pela operadora, o que provoca redução do valor da mensalidade a ser paga pelo usuário, que, por sua vez, caso utilize determinada cobertura, arcará com valor adicional apenas quanto a tal evento”, afirmou o relator.

Assim, para o ministro, não há ilegalidade na contratação de plano de saúde em regime de coparticipação, seja em percentual sobre o custo do tratamento, seja em montante fixo, até mesmo porque “percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário” é expressão da lei. Entretanto, há vedação da instituição de fator que limite seriamente o acesso aos serviços de assistência à saúde, a exemplo de financiamentos quase integrais do procedimento pelo próprio usuário, a evidenciar comportamento abusivo da operadora.

² Fonte: Jornal Jurídico - 27/06/2016.

3. Propostas de Novos Produtos

A FenaSaúde acredita, conforme explicitado no Ofício 064/2012/DISAU (Anexo I), que os mecanismos de coparticipação e franquia alinham substancialmente os incentivos do setor tornando o beneficiário um participante interessado e ativo no mercado. O beneficiário passa de um agente passivo no sistema de custos para um agente ativo, até mesmo questionador das indicações terapêuticas e dos tratamentos sugeridos contribuindo decisivamente para um processo de escolha que resulte em mais valor agregado (qualidade do serviço prestado e preço).

Destaca-se que o desenvolvimento das propostas destes produtos não contempla a aplicação de coparticipação ou franquia em procedimentos de alta complexidade, como quimioterapia e tratamento em série de doenças crônicas ou nos procedimentos preventivos.

3.1 Coparticipação

A utilização de maiores possibilidades de coparticipação é defendida pela Federação desde a Consulta Pública 24/2006, conforme Ofício 032/06 (Anexo II). Essencialmente pelos estímulos ao uso racional dos serviços e ao desestímulo à superutilização derivada do comportamento de risco moral existente quando o beneficiário não arca com qualquer valor no ato da utilização. Diversos estudos demonstram o efeito importante de utilização deste tipo de mecanismo – evita desperdícios e incentiva o uso na medida certa.

- a) Sugere-se estabelecer uma alíquota de coparticipação no limite de 50% ou superior, desde que não caracterize financiamento integral do procedimento por parte do beneficiário, ou fator restritor severo de acesso aos serviços médico-hospitalares.
- b) Sugere-se um modelo de coparticipação baseado na frequência de utilização dos serviços médico-hospitalares de forma escalonada, considerando parâmetros de referência internacionais, tais como: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

Importante visitar a interpretação dos ministros conforme exposto anteriormente ao entenderem que "há vedação da instituição de fator que limite seriamente o acesso aos serviços de assistência à saúde, a exemplo de financiamentos quase integrais do procedimento pelo próprio usuário, a evidenciar comportamento abusivo da operadora." o que novamente sugere o limite de 50%.

3.2 Franquia Agregada Anual

A proposta é que sejam permitidos produtos com valores de franquias anuais. O conceito, similar ao que existe no mercado de seguros, é do estabelecimento de um valor financeiro que seria de responsabilidade do beneficiário. Até este determinado valor, o consumidor é responsável pelas despesas médico-hospitalares e odontológicas. Atingido este valor, a operadora passa a ser responsável pelo pagamento das despesas, respeitando as características do produto (com ou sem copagamento).

Simulações preliminares desenvolvidas pela FenaSaúde sugerem a redução de custos e de valor sem perda de qualidade assistencial, garantindo benefícios técnicos de controle do risco moral e do abrandamento dos preços dos planos de saúde com a utilização da franquia agregada anual sem confrontar diretamente com princípios do marco regulatório. Trata-se de um modelo que permite oferecer ao beneficiário a proteção para grandes riscos e eventos de alta complexidade.

3.3 Coparticipação/Franquia em Psiquiatria

A CONSU 11/98 que dispunha sobre a cobertura aos tratamentos de transtornos psiquiátricos previa o custeio integral de internações psiquiátricas nos 30 primeiros dias e possibilitava a incidência de coparticipação ou franquia após esse período, ou ainda dentro deste período, se o plano previsse somente poderá ser parcial se houver coparticipação ou franquia para internações em demais especialidades médicas.

A publicação da CONSU 15/99 trouxe elevado custo às operadoras quando o período de 30 dias por ano passou a ser contado de forma não cumulativa. Tal alteração trouxe novo incentivo à família pela hospitalização do paciente psiquiátrico, uma vez que bastava ter a interrupção da internação para que fosse isentada a cobrança do fator moderador no período seguinte.

Novas alterações ocorreram a partir de 2010 sem que o tema fosse discutido nas várias reuniões feitas entre a ANS e o setor para tratar da alteração do Rol. As Resoluções Normativas nº 211, nº 262 e nº 338 impediram a cobrança do fator moderador caso não houvesse previsão de coparticipação/franquia para as demais interações, trazendo elevados custos às operadoras

Em 23/03/16 o tema foi debatido na Colegiada que deliberou pela permissão de coparticipação exclusiva para internações psiquiátricas, apontando para a necessidade alteração normativa para explicitar o entendimento dos diretores. Ainda assim, restou pendente a extensão

para franquia - pagamento direto ao prestador pelo beneficiário, modalidade mais comumente adotada pelo mercado. Desta forma deve ser ampliado o entendimento para "... deliberação pela permissão de coparticipação e franquia exclusiva para internações psiquiátricas...".

Assim, importante ser alterada a RN 387 com a maior urgência possível, observando o acima exposto, para que se dê força normativa à decisão da Diretoria Colegiada:

“Apreciada a Nota nº 3/2016/COAI/GEIRS/DIDES que trata da uniformização de entendimentos sobre a análise dos mecanismos de regulação financeira (coparticipação e franquia) nos Processos de Ressarcimento ao SUS, Protocolo nº 33902.130741/2016-85, com a deliberação pela permissão de coparticipação exclusiva para internações psiquiátricas, sendo indicada a necessidade de alteração normativa para explicitação do entendimento dos diretores. Feitas essas deliberações, o Diretor-Presidente considerou cumprida a pauta, dando por encerrada a sessão.”

4. Conclusão

O momento econômico exige inovação e criatividade nos produtos e requer ações importantes para melhorar o funcionamento e o financiamento do setor. Há ampla evidência de que produtos com coparticipação e franquia estimulam comportamentos adequados e reduzem o excesso de utilização de procedimentos.

Aproveitamos para enviar anexos contendo todas as contribuições prestadas pela Federação e reiteramos a necessidade de detalhamento das propostas apresentadas neste documento. Agradecemos a oportunidade de contribuir para a discussão acerca da regulamentação do setor e renovamos os votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES

Presidente

Ofício 064/2012/DISAU

Rio de Janeiro, 5 de outubro de 2012.

À Senhora

CARLA DE FIGUEIREDO SOARES

Diretoria-Adjunta de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO/ANS

Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória

20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Assunto: Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação – Franquia

Senhora Diretora-Adjunta,

1. Referimo-nos à Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação em desenvolvimento no âmbito desta Agência para, uma vez mais, solicitar o desdobramento da câmara em reuniões temáticas haja vista que em apenas duas reuniões efetivamente de debates os temas não foram tratados de forma completa.
2. Este Ofício tem por objetivo apresentar aspectos técnicos e conceituais sobre um importante instrumento, amplamente utilizado no setor securitário brasileiro e no setor de saúde internacional que é a franquia. Nossa proposta é que o atual processo de revisão das regras de mecanismos de regulação produza efetivamente uma melhor estrutura regulatória vigente a partir da incorporação da franquia na saúde suplementar. A franquia, como se pretende argumentar ao longo do Ofício, pode auxiliar decisivamente para a ampliação das escolhas de produtos disponíveis aos consumidores e melhorar a estrutura de incentivos existente, fazendo do consumidor um importante aliado para o consumo consciente, parcimonioso e responsável dos serviços privados de saúde.
3. Como benefícios adicionais, a franquia pode ser o primeiro passo para a formatação de produtos que congreguem o componente do mutualismo dos planos com o componente da capitalização da previdência. Em uma sociedade que envelhece a taxas elevadas, cuja renda média da aposentadoria é baixa e cujo setor público não oferece programas voltados para a terceira idade, estas medidas podem auxiliar bastante os idosos do futuro. Por último, mas não menos importante, recentes estudos realizados no mercado americano indicam que os planos com altas franquias vêm contribuindo decisivamente para a redução das taxas de crescimento das despesas em saúde sem que isso signifique redução nas despesas preventivas necessariamente.

4. Este Ofício consta de duas partes complementares. Ao longo da primeira parte será apresentado o conceito tradicionalmente utilizado para as franquias e os potenciais benefícios associados à sua incorporação no sistema de saúde suplementar. Na segunda parte, será apresentada a argumentação jurídica em que a franquia não é proibida pela legislação atual.

PARTE I - A FRANQUIA COMO INSTRUMENTO DE MELHORIA DOS INCENTIVOS AO USO DOS PLANOS

5. O instrumento da franquia deve ser visto como um importante aliado para a utilização responsável do plano de saúde. Não se insere apenas em um contexto de instrumento de controle de custos do sistema. Sua principal importância, reconhecida na literatura, é a de fornecer estímulos para que o consumidor seja cada vez mais responsável com suas escolhas no ambiente da saúde. Ao contrário do argumento da hipossuficiência dos consumidores, entende-se que eles terão uma opção a mais de escolha frente aos produtos já disponíveis e que, portanto poderão exercer seu poder de escolha com maior amplitude. Não se deseja limitar as opções disponíveis. Ao contrário, um produto dessa natureza seria uma opção a mais para o consumidor escolher dentro de seus critérios de preferência e suas possibilidades orçamentárias.

6. Como funciona em outros ramos. Um dos benefícios mais diretos alcançados pelo estabelecimento da franquia é a redução do prêmio pago pelo consumidor. Tradicionalmente, a franquia é uma coparticipação – contratualmente acordada e fixada – do segurado no risco e, conseqüentemente, no valor da indenização. Tipicamente, quanto maior o valor da franquia, menor o valor do prêmio e vice-versa. Internacionalmente, a franquia é um mecanismo utilizado em diversos ramos dos seguros, e é muito utilizada nos ramos de automóveis e saúde. No Brasil, como se sabe, o conceito tradicional da franquia ainda não é aplicado. A título de exemplificação, quando o veículo segurado sofre danos parciais, a seguradora é acionada para arcar com os custos dos reparos. Nesse momento, o segurado também participa, assumindo uma parte desses custos. O segurado que assume uma franquia de R\$ 2.000,00, por exemplo, está assumindo a responsabilidade de arcar com as despesas até esse valor. Se o prejuízo for de R\$ 5.000,00, o segurado pagará os R\$ 2.000,00 correspondentes à franquia e a seguradora, os R\$ 3.000,00 que faltam. Adicionalmente, a franquia pode ser dedutível ou simples. No primeiro caso, a seguradora é obrigada a indenizar somente os valores de prejuízos que excederem o valor da franquia, que sempre será deduzido da indenização total. No segundo caso, a seguradora está desobrigada de indenizar quando os prejuízos forem inferiores à franquia, mas obrigada a fazê-lo integralmente quando a excederem. A franquia mais adotada é a dedutível, utilizada para o seguro do ramo de automóvel, por exemplo.

7. Franquia no mercado americano. Por que não no Brasil? Nos Estados Unidos, por exemplo, grande parte dos seguros de saúde possui algum tipo de franquia. Os tipos de franquias

variam a fim de suprir as necessidades das famílias e suas capacidades de pagamento. Dada a natureza dos tratamentos médicos, o segurado geralmente incorre em despesas diversas decorrentes de um único episódio. Por esta razão, as franquias geralmente são anuais.

8. O estabelecimento de franquias auxilia de forma eficaz na redução dos custos com a assistência médica, uma preocupação que não interessa apenas à operadora, mas ao segurado e à sociedade como um todo. Como a franquia estabelece que o segurado deve arcar com um certo volume contratado de despesas antes que a operadora passe a se responsabilizar pelas despesas adicionais, ela fornece incentivos para que o consumidor utilize da melhor forma possível os seus recursos no sistema de saúde e passe a avaliar se as indicações que são feitas são mesmo necessárias, se o custo é compatível, se não há outro meio mais eficaz de resolver o mesmo problema e etc. O consumidor passa então a ser cada vez mais responsável pela utilização dos recursos escassos da saúde.

9. Se um plano de saúde possui franquia, o segurado é responsável pelo pagamento das despesas com sua saúde até determinado valor contratado. Daí em diante, a responsabilidade passa a ser da seguradora. Por exemplo, se um segurado possui uma franquia de R\$ 1.000,00 para cobertura hospitalar, na ocorrência de uma internação, ele paga esta quantia e se o valor alcançar, por exemplo, R\$ 6.000,00, a diferença de R\$ 5.000,00 está sob a responsabilidade da operadora. Importante destacar que no mercado americano, por exemplo, existem diversas opções de franquias. Se um indivíduo tem boa auto avaliação de seu estado de saúde e é menos avesso a riscos poderá preferir um plano com alta franquia. Neste caso, o grande risco estará coberto e as pequenas despesas com assistência à saúde ele pagará por conta própria. Um consumidor que opta por um plano de alta franquia está disposto a pagar por exames de rotina e consultas em troca de um baixo prêmio. No caso oposto, uma pessoa com baixa auto apreciação de seu estado de saúde e avessa ao risco deverá escolher, presume-se, um plano sem franquia.

10. Na medida em que a franquia aumenta, a diferença entre o valor pago e o valor anterior diminui. De forma geral, planos de saúde com altos valores de franquias têm mensalidades mais baixas, pois a seguradora está exposta apenas aos riscos mais altos. Não é por outra razão que uma forma que os americanos vêm encontrando de reduzirem suas despesas com saúde é exatamente aumentando os valores das suas franquias.

11. Uma pesquisa recente conduzida pela empresa de consultoria Towers verificou que 70% das maiores empresas pesquisadas no mercado americano informaram que irão oferecer seguros de saúde com elevadas franquias em 2013 para seus funcionários. Este produto é combinado com as denominadas *Health Saving Accouts* (HSA) que é um fundo criado em nome do segurado, sujeito a deduções fiscais, e cujos aportes são feitos tanto pela empresa empregadora quanto pelo indivíduo.

12. No caso do HSA existente no mercado americano, a franquia é depositada em uma conta-poupança incentivada em nome do segurado que pode sacar estes recursos para

efetuar os pagamentos com despesas médicas até o limite da franquia. Ao longo do tempo, os recursos são remunerados como qualquer investimento. No ano seguinte, o segurado deposita novamente o valor da franquia na conta-poupança HSA e assim sucessivamente para que no futuro, o volume de recursos poupados possa ser utilizado com o pagamento de despesas médicas ou plano suplementar, sem tributação.

13. Outra pesquisa importante, esta elaborada pela Rand Corporation em 2011¹, prevê que metade dos trabalhadores incluídos em planos financiados pelos empregadores, incluindo o governo, estará sob a cobertura de planos de saúde com elevada franquia dentro de uma década. Importante ressaltar que nos EUA, um plano com franquia de US\$ 2.000 já é considerado de elevada franquia. Os pacientes que compram esses planos tendem a se proteger melhor dos riscos (ter hábitos mais saudáveis) e escolher os serviços de saúde de forma mais cuidadosa. O estudo da Rand mostrou que, em um ano (2004 para 2005), o gasto médico total das famílias (com seguros de saúde e com pagamento direto da assistência médica) com planos de alta franquia cresceram 14% menos do que as famílias que permaneceram com seus planos convencionais.

14. Ainda falta clareza e assertividade nos estudos desenvolvidos sobre o impacto desses planos sobre os serviços de saúde que estão sendo preteridos, se estes são supérfluos ou realmente necessários. Entretanto, a ausência desta definição não deveria desestimular que se ofereçam maiores possibilidades aos consumidores, principalmente em um contexto de intensificação dos programas de qualidade de vida pelas empresas e promoção de saúde e prevenção de doenças, pelas operadoras. É possível se introduzir a franquia, inclusive, com incentivos para a utilização de serviços médicos preventivos.

15. Unindo Oferta e Demanda. Há claramente no mercado brasileiro de saúde suplementar a preocupação com os custos crescentes da assistência médica. Esta é uma preocupação que não se limita às operadoras, pois atinge essencialmente as pessoas que compram planos individualmente e as empresas que oferecem planos aos seus funcionários. Planos com franquia possuem um claro potencial de redução de custos mediante a redução de desperdícios, pois o consumidor passa a ter um comportamento mais responsável, quase fiscalizador, sobre as indicações terapêuticas. No entanto, o benefício que se vislumbra vai além por elevar o consumidor a um papel decisivamente efetivo na alocação dos recursos. Com isso, tende-se a reduzir o conjunto de ineficiências geradas por um sistema em que o terceiro-pagador tem pouca influência sobre as decisões de consumo.

16. Em um momento de avanços na agenda regulatória para o triênio 2013/2016, é preciso que se ofereçam novas propostas ao sistema e que estas não se limitem às revisões regulatórias sem alcance no longo prazo. Não é por outra razão que esta Federação ainda espera avançar em temas que foram pouco debatidos na câmara técnica.

¹ Melinda Beeuwkes Buntin, Amelia M. Haviland, Roland McDevitt, and Neeraj Sood, "Healthcare Spending and Preventive Care in High-Deductible and Consumer-Directed Health Plans" American Journal of Managed Care. 2011; 17(3):222-230.

17. Certamente existem muitos desafios, inclusive culturais, para que um novo conceito de plano de saúde se adeque à realidade brasileira. No entanto, ao aumentar as possibilidades de escolhas ao consumidor para um novo produto regulamentado, a Agência estará ao mesmo tempo estimulando o mercado e ampliando o poder dos consumidores. Em seguida, apresentam-se argumentos jurídicos a favor dessa nova conceituação no setor de planos.

PARTE II – ANÁLISE DOS NORMATIVOS VIGENTES E POSSIBILIDADES DE ADMISSÃO DA FRANQUIA NO SETOR

I. INTRODUÇÃO

18. Este estudo considera as alterações necessárias nas disposições da Resolução CONSU nº 8/98 que dispõe sobre Mecanismos de Regulação - objeto da Câmara Técnica - com objetivo de estabelecer com maior precisão o conceito e os limites para adoção da franquia enquanto mecanismo financeiro de regulação de uso de serviços assistenciais em planos privados de assistência à saúde, de acordo com a Lei nº 9656/98.

19. O estudo teve foco especial neste mecanismo, hoje de aplicação ainda limitada, para que sua adoção possa vir a integrar de forma mais presente o conjunto das estruturas de gerenciamento de acesso voltados para o controle do “risco moral” presente na relação paciente-provedor. A finalidade foi identificar, na regulação como um todo, os espaços legais para propor a remoção de disposições que ainda dificultam a inclusão da franquia na estrutura de incentivos à racionalização do uso pelos consumidores. A conclusão alinha algumas propostas de ajuste na base legal, com a necessidade de aprofundar a discussão pelo agrupamento dos temas em três grupos de estudo:

- mecanismos financeiros;
- mecanismos assistenciais relativos à estrutura de rede;
- demais mecanismos assistenciais.

II. BASE LEGAL

20. A Câmara Técnica foi instalada com objetivo de "reavaliar os critérios de mecanismos de regulação estabelecidos pela Resolução CONSU nº 08, de 1998". As premissas legais consideradas pela ANS para a discussão de mecanismos financeiros de Regulação são normas regulamentares, passíveis de reformulação no âmbito da ANS, uma vez que não estão estabelecidas na Lei 9656/98.

Fator Moderador na Lei nº 9656/98

21. A Lei 9656/98 não conceitua franquia, nem estabelece limites de valor para sua adoção. A única menção à franquia no texto legal está contida no art. 16, que trata das cláusulas obrigatórias nos contratos, mencionando a franquia no seu inciso VIII:

"Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

.....
VIII - a FRANQUIA, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;"

Fator moderador na regulamentação

22. A definição dos conceitos e de algumas regras operacionais para adoção de franquia e coparticipação nos contratos de planos de assistência à saúde somente surgiu com a Resolução CONSU nº 8, em novembro de 1998. Na mencionada normativa estão definidos os dois mecanismos financeiros de regulação e posta a regra que veda a aplicação destes, quando configurar o financiamento integral pelo consumidor ou o polêmico "fator restritor severo".

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como

I – "franquia", o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;

II – "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

23. Em 2004, foi editada pela ANS a RN nº 85 que tinha como objetivo definir regras para Autorização de Funcionamento das Operadoras. A norma da ANS trouxe em seu Anexo II as instruções para obtenção do registro de produtos, enumerando as "Características de composição do produto, que deverão ser informadas para a obtenção do registro". Dentre estas, é exigida a descrição de fator moderador com a seguinte instrução:

FATOR MODERADOR

"Indicar existência de mecanismo financeiro de regulação, isto é, se o beneficiário terá que participar no pagamento de cada procedimento, conforme classificação do art. 3º da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998 : (grifamos)

- 1. Co-Participação: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.*
- 2. Franquia: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora".*

24. A expressão grifada no caput chama a atenção para uma imperfeição a ser corrigida no ANEXO II da RN 85. É evidente que a finalidade do instrutivo foi garantir que todas as características dos planos estivessem de acordo com a legislação. Percebe-se pelo texto e pelo sinal gráfico adotados a intenção de transcrever as definições contidas no art. 3º da Resolução CONSU nº8/ 98. No entanto, na versão publicada, as definições de franquia e Coparticipação são diferentes daquelas estabelecidas pelo CONSU. Como se observa no texto acima transcrito, estas definições acabaram por introduzir 4 novas regras - que não estão presentes no texto da Lei 9656/98 e na Resolução CONSU. Considerando que o objetivo da RN 85 é dispor sobre o procedimento administrativo para autorização de funcionamento, e que o objetivo do Anexo II é orientar a elaboração do requerimento de registro de produto, é forçoso concluir que as definições de franquia e coparticipação ali contidas não podem interferir no ordenamento jurídico do setor com a mesma força normativa da Resolução CONSU dispôs sobre mecanismos de regulação.

25. Na apresentação da base legal na Câmara Técnica não foram trazidos para discussão duas outras regras operacionais contidas na Resolução CONSU 08, que em seu art.4º, exige:

- “VI – informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;*
- VII – estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.*

26. Estas duas disposições devem ser levadas em consideração, pelo peso de sua interferência na dinâmica da operação de planos. Atenção especial deve ser dada à hipótese do inciso VI que trata de Franquia, considerando a possibilidade de aplicação nos procedimentos ambulatoriais.

III. POSSIBILIDADES REGULATÓRIAS

A questão do "financiamento integral de procedimento" (art. 2º, VII, CONSU nº8)

27. A vedação de cláusula de franquia ou coparticipação "que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços" está presente apenas na Resolução CONSU 08/98 art. 2º, VII.

28. A Lei 9656/98 não adota a expressão financiamento integral, com relação a procedimentos. O art.1º, I, define como uma característica de plano de assistência à saúde que a assistência é paga integral ou parcialmente pela operadora. Este dispositivo é posterior à Resolução CONSU e foi incluído na Lei 9656/98 em setembro de 1999 pela MP 1908-18. Por ser posterior e de hierarquia superior, no conflito entre conceitos o prevaleceria o previsto na Lei.

29. O termo procedimento como limitação à aplicação dos mecanismos financeiros de regulação foi introduzido pela Resolução CONSU 08. A adoção deste termo como unidade de atendimento terminou impondo um obstáculo que tornou inaplicável a autorização da Lei 9656/98 para adoção destes mecanismos nos contratos de plano, contida no seu art. 16, VIII. A palavra "procedimento" remete ao nível máximo de desagregação de um serviço prestado. Uma desagregação que em alguns casos identifica um ato que normalmente só ocorre na prática assistencial como componente de uma unidade composta de serviço. É o caso de serviços laboratoriais, por exemplo.

30. Considerando os atuais contratos de planos de saúde - vinculados pela regulamentação a um rol de procedimentos que adotou como modelo a codificação mais fracionada da prática assistencial - esta disposição do CONSU acaba impedindo a adoção da franquia como é universalmente compreendida. As práticas que têm origem nos contratos de seguro foram concebidas para outro formato de unidade de cobertura: sinistro, evento. A transposição destas práticas para a operação de planos de assistência à saúde, prevista na Lei 9656/98, deveria adotar lógica equivalente. A franquia, pela sua natureza, pressupõe um corte divisor de responsabilidades, expresso em valor monetário, que irá delimitar eventos que irão ser cobertos pelo contrato e eventos nele excluídos.

31. Com algumas variações, a franquia sempre impõe a responsabilidade do consumidor pelo pagamento de integral de eventos cujo valor esteja abaixo do limite contratado. Não há como adequar a franquia, de maneira eficiente, à regra do CONSU, considerando este um corte divisor de responsabilidades com um valor flutuante que irá variar em razão dos preços dos procedimentos que compõem um atendimento. O compartilhamento de despesas em valor monetário variável em razão do valor unitário do serviço é o que define a coparticipação, não a franquia.

32. A substituição apenas do termo procedimento no texto da Resolução CONSU nº 08/98 art. 2º, VII por assistência, como consta na Lei seria uma opção simples, conjugada com uma ressalva clara que se excluiria da regra de financiamento integral os casos de franquia, até o limite definido no contrato. Seria uma intervenção mínima no texto atual, pacificando o conflito de terminologia entre o texto da Resolução e o art. 16 da Lei 9695/98. A eleição de uma outra unidade – como "grupo de procedimentos" - proposto na Câmara Técnica - não resolve a questão operacional. Mais importante que essa substituição terminológica é a correção da Resolução CONSU 08 - eliminando o conflito com a Lei 9656/98, pela supressão do termo financiamento integral no caso da franquia. Essa alteração devolveria a eficácia ao art. 16 da Lei 9656/98, que prevê a aplicação de franquia nos planos como mecanismo de regulação.

A questão do pagamento direto ao prestador

33. Todas as sugestões dos participantes da Câmara Técnica foram no sentido da flexibilização da regra. A expressão pagamento direto ao prestador foi introduzida no anexo da RN nº 85 talvez tendo por base o Glossário da SUSEP. Ainda que ausentes dados comparativos reais pode-se afirmar que na saúde suplementar o pagamento direto pode não ser a modalidade mais econômica para o consumidor, no mínimo, em razão do prazo para pagamento da despesa que o consumidor irá usufruir. A possibilidade de pagamento posterior à operadora é benéfica ao consumidor e a proposição deve gerar baixa rejeição.

34. A definição contida no anexo II da RN nº85 não pode ser entendida como norma porque este tipo de instrumento tem força normativa relativa e não é próprio para estabelecer conceitos desta natureza, portanto, não impede a adoção das outras regras operacionais que se enquadrem no conceito definido na norma editada pelo CONSU. Logo, a correção do Anexo II da RN nº 85/2004 e de outros atos regulatórios em que se identifiquem conflitos sobre o tema poderá integrar as disposições finais da nova Resolução, já que a duplicidade de conceitos reduz o ambiente de certeza e segurança da legislação. A propósito dessa questão, é interessante observar o texto do art. 1, I, da Lei 9656/98:

"Art. 1º ... I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;"

35. No texto em negrito existe a previsão de pagamento "direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor". O pagamento da franquia ao prestador por intermédio da

operadora - nada mais é que pagamento por conta e ordem do consumidor. A expressão pagar por conta e ordem significa realizar um pagamento que é de responsabilidade de um terceiro. Esta previsão da Lei 9656/98 pode sustentar a proposta de inclusão de dispositivo que permita o pagamento franquia por intermédio da operadora.

IV. QUESTÕES ADICIONAIS

36. A ANS apresentou na sugestão de temas para discussão na Câmara Técnica algumas premissas formuladas com base dos normativos em vigor:

1. Os critérios devem estar claros aos beneficiários.
2. Não pode haver financiamento integral do procedimento pelo beneficiário (Lei 9.656/98 – Conceito de Plano de Saúde)
3. O valor do fator moderador não pode acarretar impedimento do acesso ao plano.

37. Na proposta de linhas de discussão foram ainda apresentadas duas definições de franquia. A primeira é a contida no Anexo II da RN 85, acima comentada. A segunda definição apresentada pela ANS menciona como fonte o site da SUSEP:

Franquia: “É o valor, expresso na apólice, que representa a parte do prejuízo que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a Franquia, a seguradora não indenizará o segurado.” (www.susep.gov.br)

38. Interessante perceber que a diferença entre as duas definições é exatamente a questão do financiamento integral. No texto extraído do site da SUSEP a hipótese é de pagamento pelo segurado do valor total do sinistro até o limite da franquia. Conclui-se que o conceito trazido à discussão pela SUSEP pode significar a viabilidade de adoção deste conceito no setor.

39. Quanto à adoção de limites para adoção de fator moderador, a ANS considera, na sequência, a forma de definição do valor para adoção de Fator Moderador e propõe que a definição de limites de valor conste na nova resolução: sugere 30 % para procedimentos ambulatoriais, 20% para PAC e 40% do valor da contraprestação da última faixa etária em caso de internação (não psiquiátrica). Não estão registrados na documentação da Câmara Técnica disponibilizada pela ANS os parâmetros adotados para definição destes limites.

40. Apresentou-se somente esta proposta para Fator Moderador e seja ela aplicada em valor fixo ou percentual - caracteriza coparticipação. Nenhuma proposta foi apresentada com relação à franquia - ou seja, para a hipótese do valor do procedimento ser pago integralmente pelo consumidor.

41. Outras entidades – Abramge, Sinamge, Sinog, Unidas e Unimed do Brasil foram favoráveis à permissão de financiamento integral em determinadas hipóteses e à inexistência de percentual limitador da coparticipação, em apertada síntese. O prazo que foi estipulado para uma discussão desta amplitude dificulta a elaboração de proposições mais estruturadas que contemplem todos os mecanismos de regulação. Os mecanismos assistenciais mereceram, neste contexto, maior atenção.

V. COMPORTAMENTO DE RISCO - EXCESSO DE UTILIZAÇÃO

42. As dificuldades de financiamento da saúde têm sido parcialmente creditadas à um excesso de utilização dos serviços. A utilização excessiva é considerada, por alguns, um hábito de consumo. O conceito de direito à saúde adquiriu certa carga mítica a partir da definição da responsabilidade do Estado pelo seu provimento, trazida Constituição de 88. A sociedade em geral é simpática à ideia de direito à saúde enquanto garantia ilimitada de serviços assistenciais, tanto que as decisões do Judiciário tendem a este entendimento e constantemente obrigam ao seu provimento tanto o setor público como o setor suplementar. Denota-se que a adoção de mecanismos de regulação de acesso se dá, portanto, num espaço de resistência latente que se sustenta na ideia de que qualquer mudança poderia alterar "valores imutáveis", restringindo o 'direito à saúde'.

43. É importante, no entanto, ter cautela na identificação dos fatores que constituem, de fato, a tradição na dinâmica de provimento e utilização de serviços assistenciais, tanto por parte do paciente, como do profissional de saúde. Com relação a estes últimos, o 'mito da autonomia' merece especial reflexão, para que se vislumbre a adoção de mecanismos assistenciais de regulação relativos ao comportamento de risco dos prestadores.

VI. REPENSANDO OS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

44. Interpretação contrária à adoção da cláusula nos procedimentos ambulatoriais é identificada não só no texto da Resolução CONSU, em razão da vedação ao financiamento integral de procedimento, como em entendimentos já firmados pela ANS e por entidades de defesa do consumidor, com relação a outros tipos de incentivos financeiros para reduzir o excesso de utilização.

Sumula Normativa 7, de 2005 da Diretoria Colegiada

SÚMULA NORMATIVA N° 7, DE 27 DE JUNHO DE 2005. A proposta de implementação pelas operadoras de mecanismos que estimulem o não uso, pelos beneficiários, das coberturas do plano de assistência à saúde contratado, por meio de desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra prática análoga, é vedada pelo inc. VII do art. 2º da

Resolução CONSU nº 8/98, por constituir-se fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados.

45. A justificativa da súmula considerou que aqueles não são mecanismos previstos na regra do CONSU, mas não foi este o fundamento principal do veto. O texto do veto mencionou a Resolução CONSU 08/98- com o entendimento de que aqueles mecanismos constituiriam fator restritor severo. A decisão não considerou a previsão destes mecanismos na Lei 9656/98, art. 16.

46. A severidade, pelo que se pode inferir da Súmula, seria absoluta, não tendo sido considerado o valor relativo desses descontos, nem qualquer tipo de variação no valor dos bônus. A Diretoria Colegiada considerou que aqueles mecanismos não podem ser adotados, independente do percentual de desconto que seria aplicado ou de seu valor final.

47. Este entendimento revela, a priori, elevado grau de desconforto do regulador com relação aos mecanismos financeiros de regulação. Considerar que qualquer percentual de desconto representa um fator restritor severo equivale a negar eficácia à própria regra de severidade ou torná-la inaplicável. Mais do que isso, contraria a previsão contida na Lei 9656/98, que expressamente admite estes mecanismos. A dúvida com relação aos parâmetros para aplicação da regra de restrição severa de acesso já surgiu por diversas vezes nos mais variados fóruns de discussão. Propõe-se a eliminação dessa expressão, pois se pretende regulamentar as condições de aplicação de todos os mecanismos de regulação. Necessária se faz a rediscussão da Súmula 7/2005, incorporando o tema à discussão na CT - uma vez que esta súmula excede a competência normativa da ANS, ao impedir a adoção de mecanismos financeiros de regulação previstos na Lei 9656/98:

"Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

48. Esta resistência à adoção de mecanismos financeiros de regulação, parte do pressuposto de que o beneficiário, em estado de insuficiência financeira, perceberia maior vantagem em obter desconto no preço da mensalidade do que procurar tratamento para sua doença. Não se observa tal rejeição com relação aos mecanismos assistenciais de regulação, que é incentivada pelo regulador como instrumento de racionalização de gastos assistenciais, com efeito semelhante de restrição de utilização. Talvez porque estes não sejam apresentados com explicitamente como forma de contenção de acesso, mas sim de otimização, de busca de eficiência, de qualidade assistencial ou pelo fato de que nestes a redução da liberdade de acesso não é percebida concretamente pelo usuário. Estes mecanismos são, em certa medida, "ocultos".

49. Considerando que a prática da coparticipação já está incorporada à experiência de grande parte dos usuários, uma proposta que poderia dar início à experiência da franquia em procedimentos ambulatoriais seria a adoção de franquia com o mesmo efeito financeiro da coparticipação, considerando o desembolso e utilização anuais observados hoje na coparticipação, por exemplo. Proposta com impacto equivalente à coparticipação, a franquia com valor fixo e limite anual tem a vantagem de eliminar a incerteza do beneficiário quanto ao volume total de gastos que pode ser acumulado no período.

VII. CONCLUSÃO

50. A discussão sobre revisão das normas sobre mecanismos de regulação necessita maior aprofundamento para que o processo decisório se dê a partir de base técnica mais sólida, sendo conveniente que sejam desencadeados 3 módulos de discussão distintos:

- a) mecanismos financeiros;
- b) mecanismos assistenciais relativos à estrutura de rede;
- c) demais mecanismos assistenciais.

51. São estudos que lidam com diferentes bases teóricas, agregam campos de conhecimentos distintos e exigem acesso a dados específicos. As propostas de regulamentação deveriam ser construídas com algum detalhamento, mas sem estabelecer limites rígidos, de forma a garantir espaço para ajustes ou reformulações baseados na observação dos resultados a serem obtidos e avaliados, principalmente com relação aos mecanismos ainda não amplamente testados, como as franquias. Em síntese, propõe-se:

- Incorporar à Câmara Técnica a revisão da Súmula Normativa nº 07 de 2005 que trata de mecanismos e regulação previstos na Lei 9656/98;
- Alterar a Resolução CONSU 08, eliminando o conflito dela com Lei 9656/98, admitindo a possibilidade de financiamento integral, no caso da franquia.
- Possibilitar o pagamento da coparticipação pelo contratante ou consumidor à operadora, cabendo à pessoa jurídica contratante, nos casos em que ela intermedia o pagamento da mensalidade, e ao titular do contrato, quando a este cabe o pagamento da mensalidade.
- Incluir nas disposições finais da nova Resolução a correção do Anexo II da RN nº 85/2004, a alteração da Súmula 07/2005 e de outros atos regulatórios em que se identifiquem conflitos sobre o tema, já que a duplicidade de conceitos gera dúvidas de aplicação e interpretação dos normativos vigentes, o que contribuiria para um ambiente de certeza e segurança da legislação.

52. A FENASAÚDE se dispõe a elaborar uma proposta de adoção de franquia, com o mesmo efeito financeiro da coparticipação - considerando o gasto acumulado observado em planos com coparticipação. Ensaio de oferta opcional de cláusula de franquia partir dos modelos mais comuns, na prática dos contratos de seguro, principalmente aqueles que fixam um limite máximo anual de dispêndio para o segurado, bem como a demonstração da variação dos níveis de impacto financeiro da franquia na redução do valor da contraprestação podem dar início a uma discussão proveitosa para a reversão das resistências com relação às franquias. A cláusula de limite anual máximo em favor do consumidor não foi, até este momento, considerada como possibilidade no âmbito da Câmara Técnica. Este mecanismo traz benefício financeiro para o consumidor, além de proporcionar mais segurança no momento da contratação, eliminando a incerteza com relação aos gastos futuros. Ressalte-se que a franquia consistiria em opção adicional fornecida ao consumidor, no momento da contratação de plano de assistência à saúde.

53. É importante desmitificar o uso de mecanismos financeiros de regulação pela apresentação de estudos do impacto financeiro e assistencial destas regras. As sugestões da ANS são colocadas para prevenir uma eventual imposição excessiva de obstáculos à utilização de serviços necessários, sem que seja considerado, neste universo, os excessos na utilização que prejudicam a capacidade operacional da rede de serviços.

54. Considera-se relevante a preocupação do regulador em impor tais vedações (relativas à prevenção de doenças, gestação, doenças crônicas, emergências, etc.), mas repise-se, é importante que se demonstre os excessos e desvios que se pretende corrigir, por meio de estatísticas, históricos de utilização, gasto per capita, etc.

55. Estudos do impacto na redução de custos e de preço sem perda de qualidade assistencial podem servir de estímulo à compreensão e aceitação destas propostas, que comprovarão os benefícios técnicos de controle do risco moral e do abrandamento dos preços dos planos de saúde com a utilização da franquia sem confrontar diretamente com princípios do marco regulatório.

Atenciosamente,

JOSÉ CECHIN
Diretor Executivo

Protocolo

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2006.

OFÍCIO DISAU Nº 032/06

Ref.: Consulta Pública nº 24 da ANS
Fator Moderador

Senhor Presidente,

A FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização, entidade representativa das empresas que atuam nas áreas de seguro, resseguro, previdência privada e capitalização, vem manifestar o seu posicionamento acerca da Consulta Pública nº 24/2006, que *dispõe sobre os critérios de aplicação dos mecanismos financeiros de regulação nos planos privados de assistência à saúde*.

- **Do Fator Moderador à Luz da Economia da Saúde**

A restrição da utilização de fatores moderadores nos contratos de seguro saúde, além de introduzir interferência indevida em contratos firmados privadamente, como será discutido em maior grau de detalhe neste Ofício, não encontra respaldo técnico na literatura especializada¹ e, principalmente, estará atuando no sentido de aumentar o risco moral e, portanto, estimulando uma importante fonte de ineficiência (falha) do mercado de saúde suplementar.² Tendo em vista que o objetivo da regulação é justamente atenuar ou corrigir as eventuais ineficiências e falhas de mercado, não estaria a limitação legal do desenho de fatores moderadores caminhando na direção contrária ao objetivo principal da regulação?

Ao olhar apenas para o problema financeiro do risco moral, a proposta de regulamentação não se dá conta que antes de ser um problema financeiro para as empresas, o risco moral é um problema porque distorce a alocação eficiente dos recursos escassos no setor de saúde suplementar.

Ilmo. Sr.**Dr. Fausto Pereira dos Santos****Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**

¹ A literatura sobre o desenho ótimo de contratos reflete uma ampla disparidade de taxas de co-participação ótimas indo de 25% até 58%, dependendo do grau de generosidade dos contratos e do grau de aversão ao risco dos consumidores, como mostram Cutler and Zeckhauser (2000) "The Anatomy of Health Insurance" Handbook of Health Economics, V. 1, edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse. Elsevier Science B.V.

² Hurley, J "An Overview of the Normative Economics of the Health Sector" Handbook of Health Economics, V. 1, edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse. Elsevier Science B.V.

mas...



Fenaseg

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização

É importante lembrar que a utilização de fatores moderadores encontra amplo respaldo técnico seja atuarial, por inibir a utilização desnecessária, seja econômico, por reduzir a ineficiência na alocação de recursos do mercado.

Há que se atentar que a utilização de fator moderador nos contratos de plano ou seguro saúde é prática aceita internacionalmente. Nenhum país ou governo estrangeiro obteve êxito no estabelecimento legal de limites de co-participação ou franquia, haja vista a imprescindibilidade da liberdade de sua fixação para a viabilização do benefício pelas empresas estipulantes.

A administração do custo da saúde é hoje um dos maiores desafios das empresas. Pesquisa elaborada pela Towers Perrin, intitulada de "HCCS – Projeções para 2007 – Custo Anual Total por Usuário" demonstram que nos Estados Unidos, por exemplo, no período de 2002 à 2007 houve um incremento de 62% no custo por empregado de tal benefício para as empresas, índice muito superior à inflação geral no mesmo período. Ainda segundo a pesquisa da Towers Perrin, 47% das empresas gastam mais que 7% da folha com benefício da saúde.

Desse modo, o oferecimento do benefício da saúde só é possível em razão do envolvimento efetivo do usuário no seu custeio, através do estabelecimento de franquia ou co-participação. Qualquer tentativa legal de fixar limites máximos destes mecanismos afeta diretamente o oferecimento de planos ou seguros coletivos, podendo inclusive resultar no seu cancelamento.

- **Da Ilegalidade da Minuta de Resolução Normativa**

A **Lei nº 9656/98**, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2177-44, dispõe em seu **art.35-A, inciso X**, que uma das competências do Conselho de Saúde Suplementar é **estabelecer normas** relativas à adoção e utilização, pelas empresas de assistência médica suplementar, de **mecanismos de regulação** do uso dos serviços de saúde.

Por seu turno, a **Lei nº 9961/00**, no **art. 4º, XXVIII**, estabelece que compete à ANS **avaliar os mecanismos de regulação** utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Desse modo, podemos concluir que a competência legal para editar normas sobre mecanismos de regulação é exclusivamente do Conselho de Saúde Suplementar, não podendo a ANS, ainda que imbuída das melhores intenções, dispor de forma minuciosa sobre o tema.

Tanto isso é verdade que o Conselho de Saúde Suplementar editou a **Resolução nº 08/1998**, ainda em vigor, que *dispõe sobre os mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde*. O **artigo 2º, inciso VII**, do mencionado dispositivo, apenas veda o estabelecimento de co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do

usuário ou fator restritor severo ao acesso aos serviços, não estabelecendo desse modo quaisquer limites máximos para o Fator Moderador.

Impende ressaltar que a minuta de Resolução Normativa, ora em Consulta Pública, ao estabelecer requisitos e fixar limites máximos para implementação do Fator Moderador está invadindo competência do Conselho de Saúde Suplementar, que é a entidade competente legalmente para editar normas sobre o assunto.

Portanto, caso convertida em norma, **a Resolução Normativa estará eivada de vícios de inconstitucionalidade por afronta direta à norma hierarquicamente superior, qual seja a Resolução CONSU nº 08/98.**

Em face do exposto, recomenda esta Federação que a minuta de normativo não seja convertida em norma.

- **Da Minuta da Resolução Normativa em Si**

Na eventualidade da sugestão acima não ser acatada por essa Agência – o que se admite apenas a título de argumentação – passaremos a seguir a analisar detalhadamente a minuta de Resolução Normativa.

O primeiro aspecto a ser observado diz respeito à intromissão indevida da ANS na relação entre empresas estipulantes do seguro-saúde e as seguradoras. É fato público e notório que os planos coletivos ampliaram sua participação no mercado de saúde suplementar, especialmente, em função do oferecimento de benefícios pelas empresas.

A implementação do fator moderador é essencial para que as empresas gerenciem os seus custos e racionalizem a utilização deste tipo de benefício, o qual é negociado diretamente entre as empresas e as seguradoras especializadas em saúde com vistas unicamente ao bem estar do empregado.

As seguradoras especializadas em saúde não tem qualquer intenção em restringir o acesso de qualquer pessoa aos serviços de saúde mediante o estabelecimento de fator moderador restritivo. Tanto isso é verdade que, na maioria dos seguros saúde empresariais, a co-participação em consultas e exames é de 30%, havendo razoável freqüência dos fatores de 40% e 50%. Quanto à franquia, há grande diversidade de valores, chegando a R\$ 4 mil em eventos hospitalares, sendo que muitas dessas franquias estão relacionados a eventos selecionados.

É notório que a minuta de Resolução Normativa restringe arbitrariamente a liberdade dos estipulantes na gestão do benefício da saúde, na medida em que estabelece em 30% a co-participação do segurado em consultas e exames (Art.2º, I) e em 20% a co-participação nos eventos selecionados (art.2º, II).





Fenaseg

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização

Esses limites, além de serem razoavelmente inferiores aos percentuais atualmente praticados, também impactarão de forma negativa junto às empresas estipulantes, por não terem condições econômicas para suportar o aumento do custo do benefício da saúde. O provável efeito prático da medida em análise será um aumento nos descontos efetuados pelas empresas na folha de salários de seus empregados tendo em vista a continuarem oferecendo o benefício.

Da mesma maneira, o estabelecimento da co-participação em 10% do custo médio do evento de internação (**art.2º, III**) também inviabilizará a utilização do fator moderador pelas seguradoras especializadas em saúde. Isso porque, para grande parte dos contratos, o custo médio deste tipo de evento alcança hoje mais de R\$ 4.500,00, resultando em limite de R\$ 450,00, muito aquém dos valores considerados necessários para a inibição da utilização indevida.

Verifica-se, portanto, que os parâmetros de Fator Moderador definidos na minuta de Resolução não serão capazes de abarcar a imensa diversidade de população assistida, inviabilizando, por conseqüência, a formatação individualizada do fator moderador, motivo pelo qual perde-se a funcionalidade do mesmo. Assim sendo, muitas empresas estipulantes que hoje oferecem aos seus empregados seguro saúde coletivo deixarão de fazê-lo por absoluta incapacidade financeira de arcar com o aumento dos custos.

Por essas razões, **sugere a Fenaseg que a minuta de normativo não estipule percentuais para Fator Moderador.**

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao disposto no **art.2º, §2º** da minuta, segundo o qual *os valores dos fatores moderadores não poderão ser corrigidos em percentual superior ao reajuste anual de custo da contraprestação pecuniária.* A fim de dar maior clareza e transparência à norma, **sugere esta Fenaseg que a ANS especifique se a operadora deverá aplicar o reajuste definido para os planos individuais ou o seu próprio reajuste financeiro.**

O terceiro ponto a ser destacado se refere à obrigatoriedade das operadoras fornecerem aos seus beneficiários, *quando o fator moderador for fixado em percentual, uma tabela de valores iniciais de co-participação e/ou franquia, expressos em moeda corrente (art.4º, IV).* Convém mencionar que essa obrigatoriedade não tem qualquer efetividade prática, na medida em que os dados constantes da tabela são eminentemente técnicos, o que dificulta o seu acesso e manuseio por parte dos beneficiários. Por exemplo, a publicação do valor em reais referente a 30% de um hemograma é totalmente diferente de 30% de uma tomografia computadorizada. A divulgação de tabela com os respectivos valores não contribui para melhorar o grau de informação do consumidor. Ao contrário, dada a enorme disparidade de preços existentes no mercado de saúde suplementar, tal procedimento acaba confundindo o consumidor sem trazer benefícios reais para a decisão de consumo. Portanto, no intuito de evitar a criação de ônus burocráticos desnecessários para o mercado de saúde suplementar, recomenda a Fenaseg a supressão do dispositivo em questão. **Caso essa supressão não seja possível, sugerimos que a tabela seja**



Fenaseg

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização

fornecida apenas a título de exemplo, não esgotando desse modo todos valores.

Ademais, ressalte-se que seria mais compreensível para o consumidor a formatação do Fator Moderador em reais e não por percentual. Todavia, a Resolução Normativa n° 85, posteriormente alterada pela de RN n° 100, que redefiniu a co-participação e franquia, não deixou claro se a opção em reais permaneceria disponível para implantação. A fim de solucionar a presente dúvida, considera esta Federação ser de fundamental importância a inclusão de dispositivo na minuta de Resolução, ora em Consulta Pública, que trate expressamente do tema.

Por último, ressaltamos que a restrição da participação financeira mensal do beneficiário ao valor de uma mensalidade (art.3°) prejudica o estabelecimento de co-participação sobre eventos de alto risco, ainda que percentualmente seja inferior ao limite ora estabelecido. O limite por mensalidade está aquém do necessário para garantir um melhor compartilhamento do risco entre as partes contratantes, haja vista que o valor das indenizações supera em muitas vezes o valor da mensalidade. Desse modo, sugerimos a supressão do art.3° da Minuta

- **Conclusão:**

Diante do exposto, constata-se que a liberdade de fixação da co-participação e franquia pelas empresas estipulantes, através das seguradoras especializadas em saúde, é prática indispensável para a viabilização do benefício, uma vez que reduz a possibilidade de superação da meta orçamentária que fixaram para os gastos com a saúde dos seus empregados.

Ressalte-se ainda que em face dos riscos e ônus advindos dos benefícios previstos pela regulação da contribuição dos empregados (arts. 30 e 31, da Lei n° 9656/98), a maioria das empresas estipulantes prefere custear integralmente o benefício, implementando o Fator Moderador para garantir o equilíbrio dos seus gastos.

Portanto, convém consignar que o estabelecimento de percentuais de Fator Moderador deve ser precedido de estudos técnicos específicos e exaustivos, pois do contrário haverá a redução da demanda do seguro-saúde pelas empresas estipulantes.

A suposta utilização de Fator Moderador, que caracterize o financiamento integral do procedimento por parte do usuário ou que restrinja de maneira severa o acesso aos serviços de saúde, conforme mencionado na Exposição de Motivos da Consulta Pública, deve ser objeto de atuação da ANS, que é o ente competente para fiscalizar o mercado, coibir e punir as condutas nocivas e infrativas, em cada caso concreto.




Fenaseg

Federação Nacional das Empresas de
Seguros Privados e de Capitalização

Finalmente, dado o impacto abrangente da presente resolução, cujos efeitos recaem diretamente sobre os empregadores contratantes de planos e seguros saúde coletivos através do impacto na gestão da política de benefícios, sugerimos a criação de câmara técnica específica para tratar do assunto, composta por representantes das entidades representativas do setor empresarial (FIRJAN, FEBRABAN, FIESP, dentre outras) a fim de discutir as formas factíveis

para a viabilização da proposta da ANS sem inviabilizar o oferecimento do benefício saúde.

Agradecendo a oportunidade de oferecer a presente colaboração, a FENASEG renova os protestos de elevada estima e consideração.



Solange Beatriz P. Mendes
Diretora de Saúde

Ofício 058/2012/DISAU

Rio de Janeiro, 20 de setembro de 2012.

Ao Senhor

MAURICIO CESCHIN

Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

CARLA FIGUEIREDO SOARES

Diretora-Adjunta – DIPRO/ANS

Assunto: Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação

Senhor Diretor-Presidente,

Referimo-nos à Câmara Técnica em referência, e no âmbito deste fórum de debates, a Fenasáude vem apresentar suas contribuições objetivando a elaboração do normativo que disporá sobre os mecanismos de regulação.

Um primeiro ponto a ser ressaltado é a necessidade premente da ampliação do número de reuniões desta Câmara Técnica. Em 4 (quatro) reuniões no total, faltando apenas mais uma a se realizar, a câmara dificilmente esgotará assunto tão complexo e importante, dada a insuficiência de tempo para as contribuições sejam analisadas detalhadamente. Corre-se o risco de que, na busca de cumprimento de prazos da Agenda Regulatória, não sejam analisadas questões importantes para que os mecanismos de regulação contribuam para a racionalização dos atendimentos de saúde. É importante que a câmara busque harmonizar os entendimentos surgidos nas reuniões com os dispostos na Lei 9.656/98 e as regulações infra legais, especialmente a RN 259/2011.

Esta Federação entende que a utilização de mecanismos de regulação deveria ser incentivada, desde que não iniba o acesso dos beneficiários aos recursos assistenciais do sistema privado. O termo “regulação” traz consigo uma conotação de restrição, de negativa, que não deveria ser o tom a ser seguido na câmara técnica. A regulação econômica, por exemplo, é a imposição de restrições à liberdade de funcionamento do mercado privado quando estão presentes falhas em seu funcionamento que reduzem o bem-estar social.

Da mesma forma, os mecanismos de regulação econômico-financeiros e assistenciais constituem instrumentos importantes para a melhoria dos incentivos que atuam tanto sobre a demanda

(beneficiários) quanto sobre a oferta (prestadores de serviços). Quando utilizados de forma responsável podem contribuir decisivamente para a maior eficiência do sistema privado, reduzindo desperdícios e organizando a oferta.

Com o objetivo de propor definições que sirvam ao propósito acima, melhorar a eficiência do setor de saúde suplementar, são apresentadas em seguida algumas propostas de definições bem como são feitas sugestões para as propostas apresentadas pela ANS na 2ª e na 3ª reunião da câmara.

1) Mecanismos de Regulação Econômico-Financeiros

Os mecanismos financeiros de coparticipação e franquia trazem diversos benefícios aos consumidores, seja em função do estímulo ao uso consciente, seja em função do efeito direto na redução da contraprestação pecuniária. Em função de sua participação financeira, ligada diretamente à utilização, o beneficiário passa a ser um fiscalizador interessado nas práticas dos prestadores, não aceitando e até mesmo denunciando os que cobram procedimentos não realizados.

1.1 Coparticipação

É a parte efetivamente paga pelo beneficiário à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde ou ao prestador de serviços, após a realização de procedimento. A ANS propõe o estabelecimento de limites para o valor do fator moderador, sendo até 30% em procedimentos ambulatoriais e até 20% para os PAC, tendo como referência o valor do procedimento pago pela operadora ao prestador. A FenaSaúde é contrária à limitação de coparticipação.

A experiência das operadoras associadas mostra uma baixa sensibilidade do beneficiário ao percentual de coparticipação diferentemente, possivelmente, dos estudos elaborados no cenário americano. Isto significa dizer que baixos percentuais de coparticipação dificilmente moderam o apetite por consumo, ou seja, tem baixa eficiência como mecanismo de incentivo econômico. A proposta da ANS em se limitar os valores da coparticipação não deveria prosperar até que sejam feitos estudos quantitativos demonstrando que os percentuais propostos (20 e 30%) são aqueles que delimitam o corte entre o acesso e a barreira ao uso.

Adicionalmente, esta Federação propõe que o mecanismo de coparticipação possa, inclusive, ser estendido para o pagamento de órteses, próteses e materiais especiais. O empoderamento do consumidor pode trazer o mercado de OPME para um nível de racionalidade compatível com a renda da população sem falar no questionamento ético que se teriam com esse instrumento.

1.2 Franquia

É a modalidade de mecanismo de regulação financeira na qual o beneficiário custeia a assistência contratada até o valor estabelecido em contrato. Nesta modalidade, há exclusão da responsabilidade da operadora até o limite deste valor. A partir deste montante, a responsabilidade pelo pagamento passa a ser da operadora.

A franquia visa a proteção do consumidor diante da eventualidade de ocorrência do grande risco como internações. Dependendo do valor da franquia, pode levar à redução da mensalidade. A franquia é paga diretamente à rede e poderá ser exercida de forma complementar a produto que contenha componente de previdência nos termos da regulamentação vigente. Outro benefício da possibilidade de franquia é tornar o consumidor mais responsável na escolha de procedimentos e prestadores de seu interesse.

2) Mecanismos de Regulação Assistencial

2.1) Direcionamento

É uma forma de organização do acesso aos serviços contratados, em que a operadora encaminha o beneficiário para um determinado profissional ou estabelecimento de saúde para atendimento em situações predeterminadas, quando detectada a necessidade de um tratamento ou acompanhamento específico. Tais situações devem estar claramente previstas em contrato.

2.2) Hierarquização

É uma forma de organização do acesso aos serviços contratados em etapas de complexidade crescentes, a serem necessariamente observadas pelo beneficiário no momento da utilização, conforme grau de complexidade do atendimento e mobilização entre os prestadores, mediante referência e contra referência.

Exemplo: A operadora encaminha o beneficiário para profissional ou estabelecimento de saúde de níveis de complexidade crescentes, objetivando ordenar o atendimento por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços de vários níveis de complexidade, de modo a otimizar o acesso aos mais especializados.

2.3) Perícia Médica ou Odontológica

É todo e qualquer ato propedêutico ou exame realizado por médico ou cirurgião-dentista, com a finalidade precípua de emissão de parecer técnico conclusivo para subsidiar decisões administrativas das operadoras no ato da contratação ou no decorrer da vigência do plano de saúde.

2.4) Segunda Opinião

É a opinião de outro profissional com a finalidade precípua de emissão de parecer técnico para subsidiar decisões. Se houver divergência entre a primeira e a segunda opinião pode-se recorrer à junta médica ou odontológica. A segunda opinião pode ser solicitada pelo médico ou cirurgião-dentista, pelo paciente ou pela fonte pagadora.

2.5) Junta Médica ou Odontológica

É composta pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e mais um terceiro indicado consensualmente por ambos, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

3) Considerações sobre as Propostas da ANS

Na apresentação da ANS em 9 de agosto/2012, disponível no site¹, no item que cuida da Autorização Prévia – slides 6 e 7 - a possibilidade de negativa de autorização parece estar restrita ao Rol e a algumas situações particulares. Entretanto, é importante registrar que a negativa pode ser motivada por diversas razões não mencionadas na apresentação, dentre elas:

- (i) as hipóteses de exclusão de cobertura previstas no Rol de Procedimentos e suas atualizações posteriores, pois casos há em que a negativa de cobertura se refere não necessariamente ao procedimento, mas à sua indicação;
- (ii) a vinculação da cobertura de procedimentos é estabelecida nos contratos, e estes podem oferecer aos beneficiários coberturas superiores às previstas no Rol de Procedimentos;
- (iii) a observância dos critérios administrativos de inelegibilidade para a realização de determinado procedimento, tais como quando o beneficiário está em cobertura parcial temporária, etc.;
- (iv) a cobertura dos planos de saúde visa à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação, excluindo-se, por exemplo, procedimentos considerados profiláticos.

No slide 8 da mesma apresentação, a ANS propõe vedar a exigência de autorização prévia para algumas situações, que passamos a tratar, tais como nos casos de urgência e emergência. Previamente à avaliação sobre a possibilidade de análise prévia para fins de autorização, é importante resgatar os conceitos de urgência e emergência estabelecidos na Lei 9.656/98:

“Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

¹ <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/1644-camara-tecnica-sobre-mecanismos-de-regulacao>

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.”

Atualmente, a simples declaração do médico assistente caracteriza a emergência. Entretanto, é necessário criar regras para circunscrever esta situação, visto que tem sido observados exageros na caracterização de situações como emergências. Assim, entendemos que a discussão sobre autorização prévia necessita ser antecedida da atualização do conceito de emergência.

No mesmo slide 8, a agência pretende vedar a exigência de serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial e radiologia simples. Visando incentivar o uso racional dos recursos, uma operadora poderia adotar a autorização prévia, com vistas a evitar a repetição desnecessária de exames laboratoriais.

Registre-se ainda que podem surgir procedimentos de diagnósticos que sejam enquadrados como “laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial” e que demandem a necessidade de autorização prévia. Como exemplo, os exames de genética, que podem ser entendidos como procedimentos enquadrados nesta categoria.

Adicionalmente, no caso destes procedimentos, a RN nº 259 estabelece os prazos máximos para a realização do procedimento, de forma que a operadora deve ser hábil o suficiente para fornecer a autorização dentro do prazo estabelecido pela legislação complementar.

Entretanto, caso a ANS opte por manter a determinação dos grupos procedimentos para os quais deverá haver vedação para a autorização prévia, recomenda-se que seja incluída marcação no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no mesmo formato atualmente adotado para os procedimentos considerados como PAC.

No slide 9, que aborda a divergência clínica, a agência propõe que “O auditor deverá encaminhar, por escrito, ao profissional assistente documento contendo as razões da discordância”. Considerando-se que a divergência, conforme conceituada pela própria ANS, surge entre o profissional requisitante e a operadora, deve-se atribuir à operadora a responsabilidade por encaminhar o documento contendo as razões da discordância, e não ao auditor. A sugestão visa contemplar a diversidade de modelos de gestão existentes nas operadoras.

Em algumas situações, a documentação fornecida pelo profissional requisitante não é suficiente para permitir a avaliação da operadora. Com exemplo, citamos que este tipo de situação é

bastante comum nos casos de procedimentos estéticos. Nestas situações, deve ser dada a prerrogativa à operadora de solicitar a presença do paciente para uma avaliação médica.

Ainda no slide 9, no item “*O procedimento ou serviço solicitado pelo médico assistente deverá ser autorizado pela operadora de forma a atender os prazos previstos pela RN nº 259, de 2011*”, deve ser complementado com a previsão de suspensão do prazo quando houver a necessidade de avaliação presencial do paciente, seja para a formulação da opinião da operadora, seja em caso de Junta Médica.

No slide 10, a ANS restringe ao enquadramento das DUT – Diretrizes de Utilização a isenção de arbitramento por terceiro profissional. Sugere-se estender a isenção aos outras situações, tais como tratamento experimental, dentre outras situações de exclusão de cobertura previstas na Lei nº 9.656/98 e na RN nº 211, a serem detalhadas na Câmara Técnica.

Por fim, no que se refere ao direcionamento e à hierarquização, nos preocupa a forma como a ANS pretende dar ciência aos beneficiários do contrato de seguro-saúde, pois, apesar de favoráveis à transparência de informações, há o risco de engessamento do modelo de organização da rede credenciada/referenciada. Assim, sugere-se aprofundar a discussão sobre formas de conceder transparência sem que “... conste, expressamente, no contrato entre a operadora e os beneficiários, os casos de direcionamento”.

Fator Moderador: moeda corrente ou percentual? (slides 16 a 18). Devem ser possibilitadas as duas formas de cobrança, devendo restar claro para o beneficiário, seja em contrato, no manual do beneficiário ou em outro material entregue ao contratante.

“O limite deverá observar o valor do procedimento mais barato daquele grupo” – A vinculação ao procedimento mais barato não traz o efeito financeiro esperado pelos beneficiários quando optam por plano com fator moderador. Não há definição de grupo de procedimentos. Operacionalmente não é viável o estabelecimento de limite financeiro por grupo. A resolução deverá prever o desconto do valor referente ao fator moderador quando evento pago por reembolso.

Limites para o valor do fator moderador: Internações (slide 22). A introdução de fator moderador em internação traz apenas o compartilhamento financeiro do evento, uma vez que em sua maioria não se verifica redução na frequência por não ser agravada por comportamentos oportunistas. A limitação atrelada a 40% da contraprestação da última faixa não confere incentivo financeiro. Por exemplo, um plano em que a última faixa custe R\$ 623 o valor de referência máximo será R\$ 249,23. Considerando a frequência de internação de 2,5% e o peso de internação de 50%, o impacto financeiro na mensalidade será de R\$ 3,11, pouco atrativo. Também se sugere que seja possibilitada a cobrança de fator moderador em casos de urgências e emergência. Pois sua caracterização não está normatizada ficando a cargo do médico. Será outro fator que minimizará o impacto financeiro. Ressalte-se que o beneficiário quando opta por um plano com fator moderador o faz em função da redução na mensalidade.

Limites para o valor do fator moderador: Internações psiquiátricas (slide 24 e 25). A sugestão neste caso é possibilitar a cobrança de fator moderador para psiquiatria ainda que para as demais coberturas não esteja prevista. No caso do Fator Moderador (slide 26), existem dificuldades técnicas em se identificar se determinada doença se cronificou. A ANS poderia listar os procedimentos relacionados à gestão dos programas.

Fator Moderador: Reajuste (slide 27). Nos planos individuais o fator não poder sofrer reajuste em percentual superior à mensalidade poderá alterar o percentual determinado em contrato. Existem dificuldades na disponibilização da tabela de custo por procedimento do fator moderador em função de sua extensão. Há, no limite, uma tabela para cada prestador com valores diferenciados por plano. Uma sugestão é que sejam disponibilizados na internet exemplos de como será calculado o valor.

Mecanismos Financeiros de Regulação (slides 28 e 29). Sugestões: a) possibilitar direcionamento por meio de isenção da cobrança do fator moderador em determinados prestadores; b) possibilitar percentuais diferenciados por prestador; c) possibilitar o escalonamento, como por exemplo, até o x^o o procedimento não será cobrado, do $x+1^o$ ao $x+n^o$ será cobrado $y\%$ e nos demais $z\%$; d) possibilitar a isenção de fator moderador caso seja utilizada a rede e cobrança em caso de livre escolha.

Mecanismos de Regulação: Divulgação (slide 31). A divulgação dos mecanismos de regulação utilizados, e todas as condições para sua utilização pelas operadoras, devem ser feita de forma clara e previamente ao consumidor, no instrumento de contrato, no livro ou indicador de serviços da rede ou no site da operadora na internet.

As regras de fator moderador em serviços e coberturas adicionais não observarão as regras estipuladas no normativo, devendo estar claras no material de divulgação.

Esta Federação agradece novamente a oportunidade de se manifestar em assunto de relevada importância.

Atenciosamente,

JOSÉ CECHIN
Diretor Executivo



São Paulo, 10 de agosto de 2016.

ABR.043/16

Ao
Grupo Técnico Interáreas

C/C

Sra. Martha Regina de Oliveira

Diretora de Desenvolvimento Setorial – DIDES/ANS

Sra. Karla Santa Cruz Coelho

Diretora de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO/ANS

Sra. Simone Sanches Freire

Diretora de Fiscalização – DIFIS/ANS

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Av. Augusto Severo, nº 84 – Glória

20.021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Referência: Mecanismos de Regulação

Prezadas Senhoras,

A Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, vêm, respeitosamente, à presença de V. S.a., expor sua contribuição para aprimoramento dos normativos sobre mecanismos de regulação.

Antes de adentrar no tema, ressalta-se que este assunto foi amplamente debatido na Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação, que teve 5 reuniões realizadas no 2º semestre de 2012, e que é importante levarmos em consideração tudo aquilo que foi produzido durante todas aquelas discussões. Sendo assim, parte destas contribuições advém do material compartilhado na época.



1. Fatores Moderadores e Registro de Produto

A necessidade de incluir a informação sobre mecanismos de regulação no registro do produto resulta em um aumento considerável na quantidade de produtos registrados.

Isso por que, segundo posicionamento desta agência, exposto no ofício resposta nº 017/2016/GGREP/DIPRO/ANS, quando o produto é registrado com coparticipação e franquia, todos os contratos deverão ter estes dois mecanismos de regulação. Na prática, esse posicionamento obriga a operadora a registrar pelo menos 4 vezes um mesmo produto, cada um com um perfil de mecanismo de regulação, ou seja: 1) sem mecanismo de regulação; 2) com coparticipação; 3) com franquia; e 4) com coparticipação e franquia.

O resultado é a multiplicação de produtos registrados na Agência, ao custo cada um de R\$ 2.696,73 (Portaria Interministerial N°700/15) e maior dificuldade para administrar todos os produtos, tanto por parte da operadora quanto pela Agência.

Um exemplo prático comum no mercado é quando a empresa contratante contrata produto sem mecanismo de regulação e, após 12 meses de vigência do contrato, quando verificado que a sinistralidade do plano está além do esperado, reavalia aquela decisão e solicita a inclusão de mecanismo de regulação. O que requer criar um novo produto, assinar um novo contrato, trocar as carteiras de identificação do plano e alterar as informações enviadas no SIB. Se fosse possível a inclusão do mecanismo de regulação no produto todo o processo seria mais célere, e com menor possibilidade de erros.

Portanto, **sugere-se que a informação sobre mecanismo de regulação não seja um fator que deva constar no registro do produto.**

2. Coparticipação



No que se refere a coparticipação, algumas das questões debatidas na Câmara Técnica realizada em 2012 continuam atuais, como: a) limite para o percentual de coparticipação; b) definição sobre o que seria fator restritivo severo; c) o percentual deveria incidir sobre o preço cobrado pelo prestador ou sobre um valor tabelado, definido no contrato e reajustado anualmente; d) poderia haver financiamento integral do beneficiário para alguns procedimentos (neste caso, para procedimento não cobertos no rol); e) determinar as situações em que não poderia haver coparticipação.

Em relação a estes pontos, encaminhamento deve ser estritamente técnico e a norma precisa ser abrangente o suficiente para não se tornar mais um fator restritivo que impossibilite o ajuste do plano às necessidades dos beneficiários.

Limite para o percentual de coparticipação e definição sobre o que seria fator restritivo severo

Sob o ponto de vista estritamente técnico não há um índice único que se ajuste perfeitamente a todos os perfis de contratantes de planos de saúde, ou seja, 50% de coparticipação pode ser muito em alguns casos, mas pouco em outros.

A elasticidade preço da demanda em saúde é dinâmica e depende da restrição orçamentária do usuário, ou seja, a depender do perfil de renda do contratante o mecanismo de coparticipação pode restringir o acesso a serviços de saúde, o que depois gerará piora na condição de saúde do beneficiário e maiores gastos com tratamento mais caros posteriormente, ou ser um valor tão ínfimo em relação à renda que não muda o perfil de consumo do beneficiário¹.

Portanto, **sugere-se não estabelecer no normativo o limite para o fator de coparticipação e sim regradar as condições em que este mecanismo deverá ser utilizado.**

¹ Sobre esse assunto recomenda-se a leitura do trabalho: Aron-Dine, A. Einav, L. e Finkelstein, A. **The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later**. Journal of Economic Perspectives, V. 27, N. 1, 2013.



O percentual deveria incidir sobre o preço cobrado pelo prestador ou sobre um valor tabelado, definido no contrato e reajustado anualmente

Para que o mecanismo de coparticipação seja melhor assimilado pelo consumidor, o ideal é que o percentual incida sobre um valor tabelado e especificado no contrato, de modo que não seja cobrado valor diferente por um mesmo procedimento. Além do mais, este valor deverá ser reajustado anualmente e o índice deve ser livremente negociado, podendo estar limitado ao reajuste da contraprestação.

Poderia haver financiamento integral do beneficiário para alguns procedimentos (neste caso, para procedimento não cobertos no rol)

Em relação a financiamento integral do procedimento, entende-se que poderia ser admitido em alguns casos, por exemplo, para procedimentos que não estão no rol ou procedimentos estéticos. Neste último caso, a operadora poderia, por exemplo, oferecer mais um serviço ao beneficiário, como o acesso a cirurgias estéticas a um preço mais acessível, negociado com base em volume.

Determinar as situações em que não poderia haver coparticipação

Há situações como no caso de algumas doenças crônicas em que a coparticipação poderia gerar um subtratamento e piorar as condições de saúde do beneficiário, o que posteriormente implicaria no aumento dos custos assistenciais. Entretanto, estabelecer caso a caso situações em que a coparticipação deveria ser limitada não parece ser a melhor opção, uma vez que sempre surgiriam novos casos ou uma nova doença que poderia não estar abarcada no normativo. Portanto, sugere-se que seja dada a liberdade para a própria operadora determinar em que caso não cobraria a coparticipação, por haver o interesse de que o beneficiário faça uso rotineiro do serviço e evite maiores complicações.

3. Produtos com rede hierarquizada (com adoção de médicos gestores de saúde ou gatekeepers)



Os mecanismos de regulação não se restringem a apenas instrumentos financeiros, abrangendo também uma série de outros recursos que auxiliam na gestão da demanda por serviços assistenciais.

Sendo assim, pede-se que além dos mecanismos financeiros citados na 1º reunião deste GT Interáreas, seja também discutida a possibilidade de adoção de redes hierarquizadas, tema em voga atualmente em especial por conta dos debates envolvendo médico de família e médicos gestores do cuidado.

Nesse sentido, e corroborando com o pleito para a inclusão de redes hierarquizadas na discussão, destaca-se que na 5º reunião da Câmara Técnica, realizada no dia 13 de novembro de 2012, a apresentação da ANS conceituou mecanismo de regulação como sendo:

“São meios e recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras de que trata o art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, com a finalidade de **gerenciar a demanda ou a utilização dos serviços assistenciais**, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, na Lei nº 9.656, de 1998, seus regulamentos e na legislação vigente.”

Contribui também à utilização de redes hierarquizadas a necessidade de reestabelecer uma relação de longo prazo entre médico e paciente, o que contribuiria para reduzir o desperdício de recursos no setor, em especial a realização de exames desnecessários.

Conforme muito bem apontado no periódico da ANS “Mapa Assistencial- 2015” a saúde suplementar brasileira é campeã no que se refere a taxa de ressonância magnética, com 132 exames para cada 1.000 beneficiários enquanto a média da OCDE é de apenas 52 exames, evidenciando o nível de desperdício na saúde suplementar e o elevado potencial para redução de custos desnecessários no setor.

Portanto, tão importante quanto os mecanismos de coparticipação e franquia, que ao fim levarão a mais uma contribuição do beneficiário, **é a inclusão no debate das soluções e condições necessárias para que planos de saúde com redes hierarquizadas possam ser desenvolvidos.** Um exemplo prático é a necessária revisão da RN N°259/11, para que alguns prazos sejam contados a partir do encaminhamento do médico gestor da saúde.



4. Pedido de arquivamento de multas e autuações para os casos especificados

Nos últimos anos, foram lavradas diversas multas por este órgão regulador com base na alegação de que o percentual de coparticipação acima de 30% representaria um fator restritivo severo à utilização do plano, conforme exposto no trecho adiante extraído de uma autuação. O mesmo alega ainda que este percentual limite foi citado em uma consulta pública, que não virou norma.

“De acordo com o Despacho Nº 611/2009/GGEOP/DIPRO/ANS(fl.85), o percentual máximo de coparticipação deve ter razoabilidade e não caracterizar financiamento integral do procedimento. O assunto foi tratado na Consulta Pública Nº24, realizada no período de 28/12/2006 a 24/02/2007, na qual verificou-se que o percentual máximo aceitável era de 30%.

Entende-se que a imposição de coparticipação superior a 30% fere a finalidade da Lei Nº9656/98, tendo em vista o desestímulo na utilização dos serviços contratados...”

Além do mais, essa situação não coaduna com a própria alegação desta agência exposta na página 7 da apresentação, reproduzida adiante, de que ainda hoje não há definição regulatória sobre o que seria fator restritivo severo.

Nesse sentido, como poderia a operadora ser autuada por praticar percentuais de coparticipação superiores a 30%? Ou ainda, ser autuada mesmo tendo respeitado o limite de 50%, único percentual estabelecido hoje na regulamentação, mas que abarca somente casos de internação psiquiátrica (Art. 22 da RN Nº387).



Figura - Página 7 da Apresentação

Algumas lacunas/falhas regulatórias identificadas:



- Não estabelece regras claras para cobrança de fator moderador em internação;
- Não estabelece limites para a cobrança de fator moderador para consultas, exames, terapias e internações;
- Não define o que é Fator Restritor Severo;

Muitos destes processos administrativos estão sendo discutidos judicialmente, gerando custos para todo o setor (custas judiciais, advocatícios e administrativos).

Sendo assim, considerando a lacuna no que se refere a fator restritivo severo **pede-se o arquivamento de todas as autuações lavradas por este órgão regulador sob a justificativa de prática de fator restritivo severo na utilização de mecanismos de regulação.**

Por fim, ante o exíguo prazo concedido para o envio de contribuições, uma vez que não foi possível discutir com todas as nossas associadas, protestamos pelo envio de novas contribuições antes da reunião a ser realizada no dia 05/09/2016.

Renovamos nossos protestos de estima e elevada consideração a esse Órgão Regulador.

Associação Brasileira de Planos de Saúde – ABRAMGE
Reinaldo Camargo Scheibe
Presidente



São Paulo, 15 de Agosto de 2016

Ofício SINOG 073/2016

À
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS
Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES
Grupo Técnico Interáreas
Rio de Janeiro – RJ

Assunto: Contribuições referentes ao 2º Painel (Uso de Mecanismos Financeiros de Regulação) apresentado na reunião do Grupo Técnico Interáreas, ocorrida em 14 de julho de 2016.

Prezado Senhor,

O Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG, vêm, respeitosamente, à presença de V. S.a., apresentar as suas contribuições a respeito do 2º Painel (Uso de Mecanismos Financeiros de Regulação) apresentado na reunião do Grupo Técnico Interáreas, ocorrida em 14 de julho de 2016.

No que concerne especificamente ao segmento das operadoras exclusivamente de planos odontológicos, tecemos os seguintes comentários.

1. Franquia.

Inicialmente imperioso destacar que, diferentemente do que acontece com os planos médico-hospitalares, conforme informado pela ANS em sua apresentação, nos planos exclusivamente odontológicos a franquia é utilizada comumente utilizada nos contratos de planos de saúde.



Nesse sentido, ainda que venha a se entender pela exclusão/modificação deste fator financeiro nos planos médico-hospitalares em decorrência do seu desuso, a manutenção deste instituto ao menos para a aplicação nos planos exclusivamente odontológicos deve ser assegurada, sob pena de gerar um impacto considerável na rotina e manutenção do setor.

Pelo exposto, nossa sugestão é manter a faculdade de incidência de franquia como fator financeiro de regulação, permitindo, assim, que o beneficiário possa pagar diretamente parte do tratamento ao prestador do serviço.

Nesse caso, pedimos seja revista a atual redação para tornar claro que a franquia pode ser estabelecida em valor ou em percentual.

2. Definição de eventos sujeitos a fator moderador financeiro.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro.

Nesse sentido, não se apresenta razoável criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles que podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação.

Pelo exposto, nossa sugestão é manter a possibilidade de incidência de coparticipação sobre qualquer cobertura, evento ou procedimento coberto pelo plano.

3. Fator Restritor Severo.



Foi apresentada discussão quanto ao conceito de fator restritor severo, tendo a DIFIS se posicionado no sentido de que qualquer fator fixado acima do percentual de 30% está sendo considerado com fator restritor severo, sendo passível de sanções.

No entanto, imperioso destacar que às operadoras exclusivamente odontológicas é facultada a utilização do sistema misto de pagamento, inclusive para planos individuais/familiares, no qual diversos procedimentos podem ser cobrados **integralmente** dos beneficiários. Nesse sentido, frente à possibilidade de cobrança de 100% do custo do beneficiário, estabelecer que uma cobrança superior a 30% a título de coparticipação ou franquia seria fator restritor severo, não tem qualquer razoabilidade ou fundamentação que se sustente.

Não obstante, vale ainda destacar que é uma realidade atual do setor o êxodo de beneficiários de planos, em decorrência da impossibilidade de arcar com os preços de mensalidades necessários para sustentabilidade dos planos. Nesse sentido, uma alternativa viável para possibilitar o retorno desses beneficiários aos planos, seria a venda de planos com mensalidades reduzidas, porém com fatores moderadores mais elevados, de forma de que o custo fixo mensal para os beneficiários seria menor, possibilitando seu pagamento, e o equilíbrio do plano seria assegurado, em face da aplicação dos fatores moderadores.

Por fim, apenas para corroborar com os fundamentos apresentados, ressalta-se que em odontologia, os custos dos procedimentos contemplados no rol são baixos, especialmente em comparação com os procedimentos médico-hospitalares. Nesse sentido, ainda que o percentual de coparticipação seja elevado, o valor final desta coparticipação não o será, não havendo restrição severa ao uso.

Levando em consideração todo o exposto, sugere-se que haja a permissão de fixação de fator moderador financeiro em qualquer percentual (mesmo se tratando de um fator elevado é interessante ao beneficiário, em face do custo mais elevado quando realizado de forma particular), desde que tal fator esteja devidamente expresso e claro no contrato,



somente sendo considerado fator restritor severo aquele não previsto de forma clara no contrato ou que ultrapasse o próprio custo do procedimento coberto.

Ainda quanto a este assunto, segundo informado pela DIFIS, nos processos administrativos que versam sobre essa matéria, estão sendo aplicadas sanções a qualquer fator financeiro de regulação fixado acima de 30%.

Imperioso ressaltar que o conceito de fator restritor severo é extremamente subjetivo, não trazendo a norma qualquer critério para sua definição. Essa situação, por si só, já deveria afastar qualquer possibilidade de aplicação de sanções relativas a este conceito, em função do princípio constitucional da reserva legal, do princípio da moralidade que versa a administração pública e da segurança jurídica.

Ademais, a própria ANS em suas apresentações reconhece expressamente a divergência atualmente existente quanto a este conceito, inclusive entre os fiscais.

Não obstante, resta mencionar que o único exemplo atualmente existente na regulamentação quanto a fixação de percentual de fator moderador financeiro, é a previsão do art. 22 da RN389/15, que estabelece um percentual máximo de 50% para as coparticipações incidentes sobre as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, o que também corrobora com a insustentabilidade do critério que vem sendo adotado pela DIFIS.

Por esse motivo, sugere-se que todos os processos não transitados em julgado que versem sobre a matéria sejam arquivados em decorrência da falta de previsão objetiva que possibilite a aplicação do instituto.

Na eventualidade de se entender pelo não arquivamento dos processos, sugere-se ao menos que todos os processos não transitados em julgado que versem sobre a matéria sejam suspensos até o fim deste Grupo Técnico e da definição de um conceito objetivo sobre o que vem a ser fator restritor severo.



4. Dos efeitos da alteração normativa.

Ressaltamos que há, principalmente, para as empresas de odontologia de grupo, muitos contratos em vigor, que contemplam mecanismos de regulação, em sua maioria com fatores moderadores de franquia e coparticipação. A fixação destes fatores é crucial para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro destes contratos, impactando diretamente na fixação das mensalidades.

Nesse sentido, sugere-se que na minuta de norma que vier a ser elaborada haja disposição expressa quanto a garantia de preservação dos contratos em vigor, em respeito ao ato jurídico perfeito, não prevendo a aplicação automática do normativo a estes contratos ou exigindo a adequação dos contratos por aditivo, sob pena de causar desequilíbrio econômico-financeiro nas empresas operadoras que já praticam fatores moderadores com cálculos atuariais prontos, contemplando taxas mensais de manutenção menores, com a contrapartida de um percentual de fator moderador maior.

5. Do momento da incidência da coparticipação.

Há que se ressaltar que, em regra, os tratamentos odontológicos têm prazos mais longos dos que os tratamentos médicos, o que resulta, durante esses tratamentos, uma maior rotatividade dos beneficiários em razão de cancelamentos de planos, dispensa de empregados, entre outros.

Nesse sentido, sugere-se que na definição de coparticipação, para os produtos exclusivamente odontológicos, que seja definida a possibilidade facultativa de incidência do valor do respectivo fator moderador, tanto quando da autorização que vier a ser dada para os procedimentos, quanto após a realização dos tratamentos odontológicos, de forma que o conceito de coparticipação para odontologia seria diferenciado, no seguinte sentido: “Coparticipação: É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, quando da autorização ou após a realização do procedimento”.



6. Do reajuste da tabela dos fatores financeiros de regulação.

Considerando a constante e periódica revisão das coberturas mínimas obrigatórias, o volume de procedimentos atualmente já contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a ampliação da regulação sobre os contratos entre Operadoras e prestadores e a exigência cada dia maior de transparência, clareza e publicidade das informações e condições que versam os contratos de planos de saúde, tem se tornado uma vertente cada vez mais necessária a fixação dos fatores financeiros de regulação através de uma tabela fixa e pré-determinada, tal como já acontece atualmente com a tabela de reembolso dos planos.

Essa evolução natural da incidência dos fatores financeiros de regulação, já vem sendo observada na realidade do mercado, especialmente por exigência dos próprios contratantes e beneficiários que querem previamente conhecer efetivamente o custo a que estarão sujeitos na utilização dos procedimentos.

Ocorre que, a vinculação dos reajustes destas tabelas de coparticipação e franquia aos reajustes dos contratos, inviabiliza sua utilização. Um exemplo seria nos planos médico-hospitalares individuais/familiares, que são sujeitos ao índice de reajuste da ANS, onde essa vinculação acarreta naturalmente o distanciamento do valor cobrado a título de fator moderador do valor efetivo do custo do atendimento. Melhor explicando, o índice de reajuste autorizado pela ANS é, em regra, superior ao IPCA, que é aplicado aos contratos de prestadores, quando a livre negociação não chega a um consenso. Logo, com o passar dos anos, os valores das tabelas de fatores moderadores terão sido maiores que os reajustes aplicados aos contratos dos prestadores, aumentando naturalmente o percentual destes fatores frente ao custo do procedimento, podendo inclusive chegar ao valor integral do procedimento.

Ademais, especialmente no caso da franquia, essa situação fica ainda mais inviável, pois o prestador precisaria ter acesso a cada um dos contratos de plano celebrados pela



Operadora, para cobrar um valor diferente de cada beneficiário no momento do atendimento.

Pelo exposto, sugere-se que no reajuste das tabelas de mecanismos de regulação, não seja aplicado o dispositivo da Resolução Normativa RN nº 172/2008, da ANS, que prevê que o reajuste dos fatores moderadores deve ser no aniversário do contrato do plano. Melhor explicando, para aquelas operadoras que adotem tabela com os custos dos procedimentos para identificar o fator moderador, o reajuste da tabela seja único e anual, desvinculado do reajuste das mensalidades do plano, contemplando a variação dos reajustes mercadológicos existentes no período com os prestadores, facultando, inclusive, que a tabela seja regional e que sua divulgação se dê por meio do portal da Operadora na internet.

7. Fator Moderador Financeiro no Direcionamento.

Diferentemente do que acontece nos planos médico-hospitalares, na odontologia, há, sempre, a necessidade de consulta primeiro com profissional clínico geral, para posteriormente, se necessário, realizar-se o tratamento com profissional especialista.

Contudo, o atendimento pelo profissional especialista já contempla a realização de determinado tratamento, de forma que a realização da consulta com o especialista e a realização do tratamento propriamente dito se confundem. Assim, na odontologia, não se trata de mero encaminhamento para iniciar novamente o diagnóstico, mas sim efetivo encaminhamento para início do tratamento.

Pelo exposto, sugere-se que para os planos de cobertura odontológica, seja possível a cobrança do fator moderador financeiro, em todos os atendimentos, desde que previsto contratualmente, ainda que o tratamento seja encaminhado por um profissional clínico geral a outro profissional especialista, sem qualquer interferência da operadora.


8. Planos Mistos e Pós-estabelecidos.



Oportunamente, sugere-se que em todas as questões que a norma eventualmente venha a vedar a aplicação de mecanismos de regulação financeiro, seja incluída expressamente ressalva de que essa vedação não impede a cobrança integral nos planos definidos na modalidade de preço pós-estabelecido ou no sistema misto de pagamento.

Agradecemos a compreensão, renovando nossos protestos de estima e elevada consideração a este Órgão Regulador.

Atenciosamente,


Geraldo Almeida Lima
Presidente