

MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

Este questionário visa ampliar o debate sobre a utilização de franquias e coparticipação na saúde suplementar brasileira.

TEMA 1: Sobre a transparência das informações

1. Como deve ser o acesso às informações sobre “preço” e sobre valores a serem pagos a título de “coparticipação” por parte dos beneficiários, anteriormente à contratação e também à utilização dos serviços? Em que local essas informações devem estar disponíveis? Como garantir ao beneficiário o acesso adequado e oportuno a essas informações?

R: A população deve ser informada, por escrito. Esta “tabela” deve estar disponível no site da ANS e deve ter valores máximos permitidos. Cada OPS deve registrar na ANS os valores, por procedimento, da coparticipação e as respectivas cláusulas e periodicidade de ajustes. **(CBA)**

R: Antes de efetivada a contratação, os consumidores podem obter informações sobre a coparticipação nos canais de venda e nos sites das operadoras. Estas podem, ainda, disponibilizar um simulador virtual, a fim de que possam ser feitas consultas antes e após a contratação, em seus portais eletrônicos de serviços. **(Compliance Unimed BH)**

R: amplamente divulgados tanto no momento da venda quanto no pós venda, bem como em linguagem simples nos contratos. adotar modelos e tabelas exemplificativas para demonstrar o valor que o beneficiário deverá arcar caso opte pelo plano. **(ABRAMGE)**

R: contrato pessoa jurídica, os valores podem ser divulgados internamente aos usuários, ou consulta ao RH da empresa .

Nos casos de planos individuais / familiares estabelecer no contrato, um valor fixo por um período, válido para todos os prestadores, e atualizar periodicamente mediante documento escrito. **(FEHOESP)**

R: Para garantir o acesso a OPS deve manter o cadastro atualizado dos seus beneficiários e enviar informações por e-mail, SMS, WhatsApp, bem como disponibilizar impressos em seus pontos de atendimento. **(Grupo Giovanoni)**

R: a forma de informar deve ser no material de comercialização, no instrumento contratual e site da operadora com as devidas especificações.

Em cada prestador deve existir uma tabela de preço dos respectivos serviços. **(IBA)**

R: O aceso deverá ser sempre através de cláusula contratual destacada em página inicial denominada “Tutorial de conhecimento, apoio e resumo do contrato” **(Prevident)**

R: mecanismo de regulação utilizado pelas Operadoras de Plano de Saúde deve constar expressamente

no contrato, de forma clara e precisa, em cumprimento às determinações do Código de Defesa do Consumidor.

com relação aos valores cobrados à título de coparticipação, estes devem ser informados, previamente à contratação do plano, já que é fator determinante na escolha do plano. Sugerimos que estes valores estejam disponíveis também, em tempo real, no site da Operadora para download pelo consumidor a qualquer momento. **(Proteste)**

R: informações sejam disponibilizadas conforme o tipo de coparticipação estabelecida para o respectivo contrato.

para coparticipações fixadas em percentual sobre o valor pré-definido em uma tabela específica, que seja apresentado o percentual atribuído a cada procedimento ou grupo de procedimentos acompanhado da informação do local de divulgação da respectiva tabela de preços pré-fixada **(SINOG)**

R: a tabela de referência de coparticipação, deverão ser apresentadas ao futuro beneficiário pelo corretor/ quando presencial. Quando se tratar de venda online, as informações devem ser apresentadas aos beneficiários, que deverá assinalar a opção “li e concordo”.

Considerando que a operadora pode ter valores diversos acordados com a rede prestadora, sugere-se que seja permitida a utilização de uma tabela de referência, composta pelo valor médio por procedimento pago pela operadora a sua rede prestadora

após a contratação, no componente de utilização de serviços poderá ser incluído um espaço/link onde o beneficiário poderá consultar a os valores que deverão ser pagos a título de coparticipação

Nada melhor que esta área para o acesso às informações sobre a incidência do fator moderado.

(UNIMED DO BRASIL)

R: Quando da assinatura do contrato o beneficiário deverá receber as especificações sobre a incidência de coparticipação com os valores de referência. Caso a coparticipação se aplique aos custos reais baseados nas tabelas de remuneração dos prestadores a Operadora deverá dar ciência sobre essas tabelas e deixar disponível no canal do cliente para consulta. O histórico das coparticipações também deve estar disponível para consulta no site da Operadora no canal do cliente. **(UNIODONTO)**

R.: Informações disponibilizadas anteriormente à contratação:

A tabela de negociação entre a operadora e os prestadores credenciados é uma informação de cunho estratégico e sua eventual divulgação de forma ampla, incluindo os valores de coparticipação, permite a inferência do valor negociado com os prestadores.

Assim, sugere-se que as operadoras divulguem em seu material comercial a previsão dos fatores moderadores, bem como nos sites, uma tabela exemplificativa, tendo por base sua tabela média referencial de pagamento à rede credenciada

Informações disponibilizadas anteriormente à utilização:

A disponibilização da informação de forma sistematizada não é trivial, visto que uma parte significativa dos clientes de grande porte customiza seu próprio modelo de coparticipação, alinhado às políticas de Recursos Humanos dos contratos coletivos que estabelecem, dentre outros:

a. Isenções temporárias para a realização de determinados procedimentos (campanhas anuais de

prevenção);

b. Isenção nos “x” primeiros eventos;

c. Isenção para gestantes, pacientes com doenças crônicas, etc.

d. Limites nos valores de participação, que podem ser por pessoa ou grupo familiar, por mês, etc;

e. Escalonamento de percentuais de coparticipação em virtude do número de procedimentos realizados (exemplo: 10% até a 4ª consulta, 20% a partir da 5ª consulta);

f. Coparticipação diferenciada por prestador credenciado;

g. Em alguns casos a coparticipação incide sobre o valor da tabela padrão negociada com a rede e em outros incide sobre o valor efetivamente cobrado pelo prestador – só sendo conhecida quando do efetivo pagamento; **(FENASAUDE)**

R: por meio da disponibilização por meio do Portal do Beneficiário (área logada) ou Central de Atendimento.

seria recomendável que as Operadoras pudessem disponibilizar aos seus beneficiários, seja por meio eletrônico ou central, a facilidade de realizar a consulta prévia sobre o procedimento que deseja realizar, assim poderia consultar previamente qual o valor que deverá coparticipar **(GAMA SAUDE)**

2. Como se dará a disponibilização da informação após a utilização do serviço? Onde esses dados estarão disponíveis? Como devem ser descritos?

R: Cada beneficiário deverá receber o “extrato” de sua coparticipação: **(CBA)**

R: Nos sites das operadoras, os beneficiários podem consultar os valores dos procedimentos, por intermédio de simuladores e tabelas interativas, e ainda, por seus extratos de utilização, disponibilizados em área de acesso restrito, com segurança de dados. O call center também é uma possibilidade. **(COMPLIANCE UNIMED BH)**

R: deverão estar disponíveis no canal de atendimento (site, central de atendimento ou local físico de atendimento), por meio de extrato de utilização –também no material de cobrança (fatura; boleto; etc.).

Em relação ao detalhamento, é importante destacar o respeito ao sigilo das informações, em especial ao sigilo médico **(ABRAMGE)**

R: Relatórios gerenciais contendo o valor da coparticipação, data dos atendimentos, nome do prestador, nome do paciente, identificação do serviço realizado através de códigos TUSS, extratos de utilização e respectivos valores. **(FEHOESP)**

R: A disponibilização da informação após a utilização do serviço poderá ser realizada via e-mail, SMS ou correspondência impressa para o cliente. A disponibilização dos dados no site com senha de acesso para o beneficiário é uma alternativa importante. Outra forma é por aplicativos que agilizem o acesso pelos clientes. **(Giovanoni)**

R: A cobrança da coparticipação deve ter seu valor total explícito na fatura/boleto de cobrança. E os detalhamentos dos procedimentos coparticipados e seus valores, devem ter extrato específico para o beneficiário. **(IBA)**

R: A descrição dos serviços prestados deve seguir as determinações do Código de ética Médico e Odontológico, disponibilizando no portal da operadora, dados como: Data do evento; profissional atendente; titular ou dependente atendido. Eventualmente a pedido formal do usuário atendido, deverá ser disponibilizada a descrição técnica dos eventos ocorridos. Os valores são internos entre as operadoras e os profissionais credenciados, e jamais deverão ser obrigatoriamente tornados públicos. Em havendo essa obrigatoriedade, que de nada acrescenta a excelência do atendimento, implicaria em também obrigatoriamente demonstrar a receita de onde se originou a despesa apresentada, abertura das demais despesas, incluindo aí tudo que atinge a receita da operadora como despesa. Sem dúvida isso seria uma exposição inapropriada do cerne da operadora. Uma violação indevida e desastrosa. **(PREVIDENT)**

R: essencial que a Operadora disponibilize ao consumidor uma ferramenta de acesso a uma “conta” online, onde ele possa acompanhar seu extrato de utilização durante todo o mês, com uma estimativa de cobrança com relação à coparticipação.

A descrição dos serviços deve ser feita procedimento realizado, a data de utilização, o CRM do prestador de serviço ou CNPJ, em caso de pessoa jurídica, e por fim o valor a ser pago. **(PROTESTE)**

R: disponibilizados no material de cobrança (fatura; boleto; etc.), sendo ainda possível a consulta a qualquer tempo por meio dos canais de atendimento da Operadora. **(SINOG)**

R: A disponibilização da informação após devem seguir os padrões já definidos pela RN nº 389/15, ou seja, no componente de utilização dos serviços e com procedimentos agrupados por categoria de despesas, com os respectivos fatores moderadores. **(UNIMED DO BRASIL) / UNIODONTO**

R.: a informação deverá ser divulgada ao beneficiário titular, preferencialmente em meio digital. O extrato deverá conter, no mínimo, o detalhamento de valores, identificação do usuário do grupo familiar que realizou o procedimento, a data da realização e a descrição básica do procedimento **(FENASAUDE)**

TEMA 2: Sobre a COPARTICIPAÇÃO

3. Como se definir coparticipação? Qual o conceito?

R: é um valor tabelado, pela ANS, para procedimentos médico assistenciais, realizados na rede da OPS, **(CBA)**

R: sugere-se que este seja avaliado também como mecanismo de compartilhamento do risco com o beneficiário, tornando-o corresponsável pela utilização dos serviços contratados. Significa dizer que a coparticipação não deveria estar necessariamente atrelada apenas ao valor do procedimento, mas

também ao seu risco de utilização indevida.

O seu valor será estabelecido com base em Tabela Referência definida pela Operadora (**COMPLIANCE UNIMED BH**)

R: um acordo entre a operadora e o beneficiário que prevê que este deverá pagar por uma fração do custo total do evento coberto. Esta fração poderá ser delimitada como sendo: a) um percentual do custo real do evento; b) um percentual de acordo com um valor tabelado e previamente acordado; c) ou um valor monetário fixo – conforme exemplificado a seguir.

Vale destacar que a decisão sobre qual modelo utilizar (a, b ou c) caberá a Operadora (**ABRAMGE**)

R: MANTER O CONCEITO ANTIGO. (**FBH**)

R: Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, (**FEHOESP**)

R: A coparticipação deve ser definida conforme o cálculo atuarial, considerando a utilização pelo beneficiário. (**Giovanoni**)

R: A definição CONSU 08/1998 (**IBA**)

R: parte dos custos em que o usuário participa diretamente, coparticipando dos valores dispendidos com seu atendimento. (**PREVIDENT**)

R: A coparticipação é uma taxa que o consumidor deve desembolsar toda vez que utilizar qualquer tipo de procedimento coberto pelo plano, além da mensalidade já prevista em contrato. Além disso, o valor de coparticipação não pode corresponder ao valor integral do procedimento. (**PROTESTE**)

R: parte efetivamente paga pelo beneficiário ou contratante que pode ser estabelecida em valor fixo, percentual sobre o custo ou percentual sobre uma tabela pré-determinada”. (**SINOG**)

R: participação financeira do beneficiário no pagamento das despesas assistenciais
Nos planos individuais, a coparticipação deverá ser paga diretamente pelo beneficiário à operadora. Nos planos coletivos, a responsabilidade pelo pagamento será da pessoa jurídica contratante à operadora,
O valor a ser pago não poderá caracterizar o financiamento total do procedimento. Contudo, não caberá ao órgão regulador definir valores, percentuais e tetos, cabendo ao contratante (PF ou PJ) definir o que deve e pode comprar, e como deve fazê-lo. (**UNIMED DO BRASIL**)

R: Recuperação de parte das despesas assistenciais que cabe ao beneficiário. O valor é cobrado pela Operadora depois da utilização dos serviços. (**UNIODONTO**)

R.: a parcela – fixa ou variável – a qual o beneficiário pode estar sujeito em virtude da realização de procedimento coberto. A sujeição ao pagamento de coparticipação poderá incidir tanto na rede prestadora credenciada quanto por meio do reembolso. **(FENASAUDE)**

R: Entendemos não haver razão para limitar a incidência a determinados procedimentos/coberturas, independente da segmentação assistencial.

Pactuamos com o entendimento informal do mercado de que o percentual máximo que poderia ser aplicado é de 50% (cinquenta por cento).

A Gama Saúde entende que a coparticipação poderá ser diferenciada para cada tipo de cobertura. **(Gama Saude)**

4. Onde deve ser aplicada a coparticipação (no procedimento? No “prêmio”?)

R: No prêmio. **(CBA)**

R: o seu valor deve ser aplicado ao procedimento e atrelado ao seu risco de utilização. Quando aplicado ao valor do procedimento, o ideal é que este esteja representado dentro de uma tabela de referência que reflita o ticket médio da precificação da rede prestadora **(COMPLIANCE UNIMED BH)**

R: A coparticipação deve sempre guardar relação com o procedimento executado, fazendo **(ABRAMGE)**

R: USO AMBULATORIAL E PS **(FBH)**

R: A aplicação da coparticipação deve ser no serviço prestado, e não no custeio do plano. **(FEHOESP)**

R: A coparticipação deve ser aplicada no procedimento, pois isto será uma forma de educar os beneficiários para o uso consciente. **(Giovanovi)**

R: No evento (procedimento). **(IBA)**

R: No nosso entender, no valor do procedimento **(PREVIDENT)**

R: deve ser aplicada com base no valor do procedimento, **(PROTESTE)**

R: Sugerimos que possa incidir em qualquer caso (procedimento ou prêmio), sendo definido em contrato. **(SINOG)**

R: A coparticipação deve incidir no procedimento. **(UNIMED DO BRASIL)**

R: ela deve incidir sobre o valor do procedimento. **(UNIODONTO)**

R.: Admitindo-se que “no prêmio” seja a aplicação da cobrança da coparticipação com um aditivo a contraprestação pecuniária do mês subsequente ao procedimento, entendemos que essa hipótese subdimensiona o impacto desejado pela instituição da coparticipação. Por este motivo, entende-se que a aplicação deve ser feita no momento do procedimento, a critério do que for negociado entre operadora e o contratante. **(FENASAUDE)**

5. Em quais utilizações/serviços ela deve incidir? Em quais não deve? Deve incidir de forma diferenciada? De que forma?

R: Deve incidir em todos os procedimentos, obedecendo a um teto percentual máximo. **(CBA)**

R: a legislação deverá autorizar que incida sobre qualquer procedimento previsto no contrato. Eventuais isenções podem ser previstas no instrumento jurídico, **(COMPLIANCE UNIMED BH)**

R: 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.

ressalta-se que a coparticipação é imprescindível não só nos eventos ambulatoriais, mas também nas internações psiquiátricas e nos atendimentos de Pronto Socorro - PS. Em relação aos atendimentos em PS, a coparticipação é fundamental para estimular os beneficiários a buscar o atendimento em clínicas. **(ABRAMGE)**

R: Incidência sobre consultas e SADT, evitando casos de atendimentos de urgência em PS e Internações (clínicas, cirúrgicas e obstetrícia), devido a real necessidade. Consultas com percentual de 20% a 30%, e SADT percentual de 5%, **(FEHOESP)**

R: A incidência de coparticipação deve incidir sobre todos os serviços utilizados pelo cliente (consulta, procedimento, terapias, exames, etc). Sobre incidir de forma diferenciada é preciso buscar uma evolução e gestão da utilização adequada pelo beneficiário e pelo médico solicitante. **(Giovanoni)**

R: Em todos os eventos, permitindo-se às OPS/SES dispensar nos atendimentos que se caracterizam como preventivos e dentro destas particularidades. **(IBA)**

R: No nosso entender, a todos os procedimentos com exceção dos entendidos como “urgências e emergências”, de forma linear ou diferenciada levando-se em conta apenas, se estamos tratando de um plano de assistência médica ou plano de assistência odontológica. Esse é o único diferencial que deve ser levado em conta. **(PREVIDENT)**

R: Os valores de coparticipações podem incidir em serviços como consultas, exames e procedimentos, desde que não atrelados a doenças que necessitam de acompanhamento constantes, como quimioterapia e radioterapia, uma vez que o consumidor não tem escolha neste tipo de tratamento. Sugerimos que tenha tratamento diferenciado também os exames de prevenção de doenças

Além disso, será necessário avaliar a cobrança de coparticipação regionalizada pelas regiões do Brasil, em função das variações dos custos assistenciais. **(PROTESTE)**

R: Sugerimos que possa incidir sobre qualquer cobertura assistencial..

No que tange a incidência diferenciada, sugerimos que fique a critério do contrato estabelecer qualquer tipo de diferenciação. **(SINOG)**

R: A coparticipação poderá incidir na consulta, no exame, na terapia e na internação, Deverá haver a possibilidade de se vincular mais de uma nota técnica atuarial ao produto para que a operadora possa oferecer mais alternativas de coparticipação
A operadora terá a liberalidade de não cobrar a coparticipação em eventos assistenciais preventivos, Quanto à coparticipação para internação psiquiátrica, Deve ser reestabelecido o entendimento (se é que ele realmente foi alterado), de que após o 30º dia de internação psiquiátrica, poderá ser cobrada do contratante um percentual de coparticipação por cada diária excedida, independentemente se produto ao qual o beneficiário estiver vinculado possuir ou não fator moderador para internação. **(UNIMED DO BRASIL)**

R: Nos mesmos moldes dos atuais, devendo incidir em consultas (eletivas e urgência/emergência), exames, procedimentos ambulatoriais, tratamentos seriados (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, etc), internações (eletivas e urgência/emergência). Deve incidir de forma diferenciada, especialmente nas internações, por evento e em valor prefixado, bem como nas intervenções psiquiátricas, em forma de percentual, limitado a 50% do valor pago ao prestador, a partir do 31º dia. **(UNIODONTO)**

R.: A princípio, deverá incidir em todos os tipos de serviço. A não incidência da coparticipação, deve ficar facultada às operadoras. **(FENASAUDE)**

6. A partir de que valor passa a se caracterizar como um fator moderador? A partir de que valor passa a se caracterizar como um fator restritivo?

R: O objetivo é permitir que o prêmio seja acessível a uma parcela da população. Certamente a modalidade com participação incluíra acomodações mais simples e uma rede menor de provedores. **(CBA)**

R: Se o valor cobrado do beneficiário não lhe trazer reflexão sobre a utilização racional do plano de saúde ter-se-á um instituto esvaziado, que não cumpre seu propósito.

O que se pretendeu demonstrar acima é que a eventual imposição de um percentual limitador da cobrança não afasta o risco de se estar restringindo o acesso do beneficiário aos procedimentos contratados.

No que tange a esse aspecto, a avaliação se o valor de coparticipação é ou não “fator restritivo” na utilização dos serviços deve ser realizada pelo contratante no ato da contratação do plano quando ele tiver acesso aos valores estabelecidos. **(COMPLIANCE UNIMED BH)**

R: 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.

Portanto, sob o ponto de vista regulatório, mais importante do que definir um limite, seria impor que a operadora ofereça planos com diferentes índices de coparticipação, deixando para o beneficiário a tarefa de escolher o produto que melhor lhe atende.

Caso ainda assim esta Agência opte por estabelecer um limite, a Abramge entende que este não deve ser inferior a 50%. **(ABRAMGE)**

R: ACIMA DE R\$40 OU 50,00 reais **(FBH)**

R: Os valores para fator moderador devem ser estipulados de maneira sensata, que o usuário sinta apenas que a utilização deve ser coerente, para que ele tenha o benefício do plano sempre. **(FEHOESP)**

R: Não tenho conhecimento profundo sobre este aspecto, por isto prefiro não responder. **(GIOVANOI)**

R: está atrelado ao Perfil do Plano e ao tipo de evento. **(IBA)**

R: Entendemos que para a Odontologia, o valor a ser considerado, fica na marca de 55% do valor pago **(PREVIDENT)**

R: acreditamos que mais de 25% pode acabar inibindo a utilização do plano de saúde por parte do consumidor, por isso acreditamos que este percentual seja o máximo aceitável. **(PROTESTE)**

R: imperioso destacar que às operadoras exclusivamente odontológicas é facultada a utilização do sistema misto de pagamento, no qual diversos procedimentos podem ser cobrados integralmente dos beneficiários. Nesse sentido, frente à possibilidade de cobrança de 100% do custo do procedimento, falar em fator restritor na odontologia, não tem qualquer razoabilidade ou fundamentação que se sustente.

sugere-se que haja a permissão de fixação de fator moderador financeiro em qualquer percentual 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. **(SINOG)**

R: O valor a ser pago a título de coparticipação não poderá caracterizar o financiamento total do procedimento. Essa deve ser a diretriz. Não caberá, contudo, ao órgão regulador definir valores, cabendo ao contratante (PF ou PJ) definir o que deve e pode comprar, **(UNIMED DO BRASIL)**

R: Entendemos que o valor será um fator restritivo severo, quando representar mais que 50% do valor do custo do procedimento, **(UNIODONTO)**

R.: O consumidor pode, por exemplo, conscientemente optar por um fator moderador alto em troca de um prêmio mais baixo. Qualquer fator moderador pré-definido pela regulação, alto ou baixo,

reduzirá as opções de contratação e, por consequência, o bem-estar dos agentes econômicos. Cabe ao beneficiário escolher, munido de informação prévia à contratação, o que considera um fator moderador conveniente ou não. **(FENASAUDE)**

7. Existe alguma forma de se organizar o pagamento da coparticipação com algum limitador mensal relacionado às condições financeiras do beneficiário?

R: A coparticipação deve ter um limite mensal, baseado na necessidade de continuidade da investigação diagnóstica e/ou no tratamento. As condições financeiras dos beneficiários não devem ser consideradas, pois na prática esta avaliação será difícil e sujeita a fraudes. **(CBA)**

R: Uma alternativa que permite melhor organização e planejamento por parte do beneficiário é a adoção de um sistema misto de coparticipação, no qual há previsão contratual de um índice percentual incidente sobre o valor da tabela de referência, bem como a adoção de um teto estabelecido monetariamente. **(COMPLIANCE UNIMED BH)**

R: é o próprio beneficiário que na hora de escolher o plano adapta a coparticipação ao seu nível de renda. Em segundo lugar, pode não ser interesse da operadora rescindir o contrato por conta dessa dificuldade, sendo facultado a ela estabelecer outras condições para este pagamento, por exemplo, algum tipo de parcelamento. **(ABRAMGE)**

R: Nos contratos coletivos com as empresas, deveria ser acordado e estimulado em comum acordo. **(FBH)**

R: Sim, através de descontos em percentuais sobre o salário bruto, estipulando o valor máximo de desconto.. **(FEHOESP)**

R: Penso que seria muito interessante, desde que não prejudicasse a saúde do mesmo. **(GIOVANONI)**

R: Sim, atrelando-o ao perfil do Plano, Mas, entendemos que esta delimitação pode (deve) ficar atrelada à OPS/SES ao elaborar o produto. **(IBA)**

R: Quem pode pagar e quanto pode pagar? As condições financeiras seriam avaliadas a partir de valores familiares ou individuais? Qual seria o limite entre os que podem e os que não podem? Que tipo de atendimento e locais seriam passíveis de serem assumidos e por que classe social? São muitas variáveis, na nossa visão, **(PREVIDENT)**

R: Limitar quanto a renda do beneficiário entendemos de difícil operacionalização, pois neste caso o consumidor teria que declarar e comprovar sua renda. Contudo, entendemos que deve haver previsão de um limite de valor mensal de coparticipação para que o consumidor não seja surpreendido com a cobrança de duas mensalidades no mesmo mês. **(PROTESTE)**

R: Entendemos não ser possível. Primeiro porque a precificação dos planos não leva em conta a realidade financeira dos beneficiários.

ainda que a Operadora tivesse acesso às condições financeiras dos beneficiários, o que não é o caso atualmente, a limitação às suas condições poderia resultar no desvirtuamento ou na ineficiência do próprio instituto da coparticipação e, por consequência, acarretaria o desequilíbrio financeiro do plano. **(SINOG)**

R: Não se vislumbra essa possibilidade. Aliás, recomenda-se muito cuidado nesse tipo de inferência, sob pena da operadora tornar-se uma financeira do beneficiário, **(UNIMED DO BRASIL)**

R: Entendemos que o valor a ser estabelecido como limitador deve ser formado de acordo com a precificação. **(UNIODONTO)**

R.: Tal dispositivo é de difícil implantação em mercados privados e também incentiva a fraude. A informação relativa à renda do beneficiário é confidencial, sendo conhecida somente por ele e por seu empregador, não sendo possível, desta forma, qualquer ingerência ou possibilidade de controle por parte das operadoras. **(FENASAUDE)**

8. A coparticipação cabe para todas as segmentações assistenciais?

R: Sim **(CBA)**

R: Sim. **(COMPLIANCE UNIMED BH)**

R: Sim. **(ABRAMGE)**

R: Sim, **(FEHOESP)**

R: sim. **(GIOVANONI)**

R: Sim, **(IBA)**

R: Para as operadoras de planos odontológico, sem dúvida para todos. O que tem que ficar claro, é a impossibilidade de operacionalização desses planos, principalmente no SEGMENTO ODONTOLÓGICO se não for EXCLUSIVAMENTE para planos COLETIVOS EMPRESARIAIS. **(PREVIDENT)**

R: Para a coparticipação em caso de internação a regra deve ser mantida, mantendo a proibição de cobrança por diária, pois a decisão de ficar ou não mais dias internados não compete ao beneficiário. **(PROTESTE)**

R: sim. (SINOG)

R: Sim. (UNIMED DO BRASIL)

R: Sim, (UNIODONTO)

R.: sim.. (FENASAUDE)

9. Pode haver coparticipação diferenciada como mecanismo direcionador?

R: o direcionamento não é o objetivo do mecanismo de regulação. Mas, que ele poderá ocorrer de acordo com os critérios do produto e estratégia comercial e assistencial definida pela Operadora. (COMPLIANCE UNIMED BH)

R: A operadora pode e deve adotar diferentes percentuais de coparticipação, direcionando e planejando a rede de assistência em saúde. (ABRAMGE)

R: Não deve haver coparticipação diferenciada, e sim dentro dos parâmetros da ética e da transparência. (FEHOESP)

R: Sim principalmente para os casos de custo assistencial dentro de uma média para aquela faixa etária, valorizando aquelas pessoas que usam os recursos de forma adequada e sem abusos. (GIOVANONI)

R: Sim, permitindo um atendimento e programas de prevenção mais específicos, diretos ou mesmo indiretos. (IBA)

R: Não deveria, até pela complexidade contratual gerada, e a crescente impossibilidade de entendimento das cláusulas a medida que a classe social atingida decresce. (PREVIDENT)

R: Não, a cobrança de coparticipação diferenciada por credenciado, além de ferir a liberdade de escolha do consumidor, pode também gerar favorecimento ou um direcionamento não previsto no contrato. (PROTESTE)

R: essa diferenciação deve ser incentivada. (SINOG)

R: Sim, desde que previsto contratualmente. (UNIMED DO BRASIL)

R: Sim, como por exemplo, as coparticipações para atendimentos de pronto socorro e isenções de coparticipação quando da utilização da rede própria da Operadora. (UNIODONTO)

R.: Se for direcionamento a um prestador específico, a coparticipação pode e deve servir como

mecanismo diferenciador. Isso permitirá economias de escala e de escopo. **(FENASAUDE)**

10. Como deve ser sua descrição no contrato para que fiquem claras suas regras?

R: Cláusulas de coparticipação: incluir todas as regras, condições, limites, etc. **(CBA)**

R: O contrato deve, de forma clara e objetiva, ao menos:

- 1) Definir coparticipação,
- 2) Classificar e categorizar os eventos sobre os quais incide a coparticipação;
- 3) Definir os critérios variáveis de cálculo da coparticipação
- 4) Definir os critérios fixos de coparticipação, se for o caso;
- 5) Permitir a compreensão, pelo beneficiário, dos valores que serão pagos ou já pagos, a título de coparticipação,
- 6) Tratar os critérios de reajuste da coparticipação **(COMPLIANCE UNIMED BH)**

R: A Abramge entende a necessidade que o órgão estabeleça princípios, mas que não determine a redação do contrato. **(ABRAMGE)**

R: Nos contratos de Pessoas Jurídicas A descrição deverá ser clara, porém não há um padrão, devido a diversidade de opções.

Nos contratos individuais / familiares cláusulas claras, de acordo com o CDC- Código de Defesa do Consumidor. **(FEHOESP)**

R: Especificar os itens com os valores proporcionais e/ou monetários atinentes e seus devidos limites. **(IBA)**

R: se descrevermos os valores pré determinados contratualmente, basta descrever como isso será aplicado na cláusula, fornecendo ainda uma tabela atualizada de valores que deverão ser pagos pelo usuário **(PREVIDENT)**

R: A descrição no contrato deve ser de forma clara e precisa, com a definição da coparticipação e também com a utilização de exemplos, tornando mais “fácil” o entendimento pelo consumidor. e o link onde o beneficiário poderá acessar a planilha (ou extrato) com os valores de coparticipação. **(PROTESTE)**

R: A descrição deve ser sempre da forma mais clara e completa, de acordo com o tipo de coparticipação fixado para o contrato. Também devem ser detalhadas as demais regras que permeiam a matéria, como por exemplo, a forma de reajuste das coparticipações, hipóteses de isenções, forma de cobrança, dentre outras. **(SINOG)**

R: Deve constar claramente no contrato em quais procedimentos haverá a incidência de coparticipação e de que forma: por sessão, por evento, por diária, etc. Caberá ainda à operadora definir o valor ou

percentual de coparticipação, como se dará a cobrança, como será reajustado e as consequências em caso de inadimplemento.

Também deverá ter previsão contratual eventual direcionamento, além do onde e como o beneficiário poderá acessar a tabela de referência por procedimento em que incida a cobrança de coparticipação. **(UNIMED DO BRASIL)**

R: As regras devem estar especificadas no contrato, **(UNIODONTO)**

R.: A descrição no contrato deve sinalizar a existência de fator moderador. Os detalhes acerca do fator moderador deverão constar da área logada. **(FENASAUDE)**

TEMA 3: Sobre a FRANQUIA

11. Como se definir franquias? Qual o conceito?

R: franquias é o pagamento de um valor fixo, independente do procedimento. É um limite financeiro sobre o qual a OPS somente pagará, além do mesmo. **(CBA)**

R: valor financeiro até o qual o beneficiário arca com as despesas totais do evento coberto. **(ABRAMGE)**

R: NO PASSADO UTILIZOU-SE UM VALOR FIXO POR INTERNAÇÕES, **(FBH)**

R: Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, **(FEHOESP)**

R: Franquia – limite para cobrança a partir de uma negociação prévia. **(GIOVANOINI)**

R: A definição contida no item I do art. 3º. da CONSU 08/1998 está plenamente adequada. **(IBA)**

R: O conceito de franquias, é o que melhor se encaixa para o segmento odontológico, Trata-se de contrato onde o usuário paga valores complementares ao que a operadora despense para repasse ao profissional credenciado atendente, diretamente a este e não à empresa contratante para que esta promova descontos em folha de pagamento e só depois repassa para a operadora. **(PREVIDENT)**

R: Franquia é o valor que deve ser pago a cada procedimento, além da mensalidade e diretamente ao prestador do serviço. Contudo, o valor não pode representar o valor integral do procedimento. **(PROTESTE)**

R: Sugerimos: “Franquia: parte financeira estabelecida 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”.
(SINOG)/ UNIMED BRASIL/UNIODONTO

R.: Franquia é o valor agregado anual máximo que o beneficiário desembolsará com despesas em saúde

antes de ter suas despesas cobertas pela Operadora. **(FENASAUDE)**

R: Franquia é o valor fixo e pré-determinado em contrato, pago pelo beneficiário diretamente ao prestador e, portanto, descontado do valor a ser pago pela Operadora ao prestador escolhido. Em sua essência, a franquia poderia ser cobrada sobre qualquer procedimento que custe mais do que o valor estabelecido.

(Gama Saude)

12. Onde deve ser aplicada a franquia?

R: A franquia não deve ser cobrada em casos de comprovada emergência médica, comprovada por relatório médico. **(CBA)**

R: A Franquia deve ser aplicada para todos os eventos cobertos, sem restrições. **(ABRAMGE)**

R: Nos casos de despesas de procedimentos médicos e patologias ambulatoriais. As internações clínicas e cirúrgicas ELETIVAS, e de alto risco, ficam para a responsabilidade das operadoras. **(FEHOESP)**

R: Para os planos de saúde com cobertura nacional e sem coparticipação, poderia se definir um limite (franquia) conforme faixa etária ou histórico de custos assistenciais para evitar o desequilíbrio das contas. **(GIOVANONI)**

R: Há algumas alternativas: a) no evento; ou b) no conjunto de eventos dentro de um (1) período, como por exemplo: o mensal, visto que o fluxo da OPS/SES é mensal (todo mês emitimos e cobramos TODO o faturamento – Prêmios Mensais). **(IBA)**

R: Sempre que houver utilização, a exemplo dos seguros veiculares. **(PREVIDENT)**

R: A coparticipação é uma taxa que o consumidor deve desembolsar toda vez que utilizar qualquer tipo de procedimento coberto pelo plano, além da mensalidade já prevista em contrato. Além disso, o valor de coparticipação não pode corresponder ao valor integral do procedimento. **(PROTESTE)**

R: Sugerimos que possa ser aplicada em qualquer cobertura, evento, procedimento ou prêmio, conforme definido em contrato para cada caso. **(SINOG)**

R: A franquia seria aplicada em exames, terapias e internações, por evento/sessão ou em um conjunto de eventos em determinado período de tempo (mensal), contratualmente estabelecido. **(UNIMED DO BRASIL)**

R: em todos os procedimentos previstos e com todas as regras descritas no contrato. A franquia deve ser aplicada em toda rede de prestação de serviços, incluindo todas as especialidades profissionais. Deverá também ser aplicada aos reembolsos. **(UNIODONTO)**

R.: Em todas as prestações de serviços de saúde, podendo ser isentada em casos específicos **(FENASAUDE)**

13. Em quais utilizações/serviços ela deve incidir? Em quais não deve?

R: em todos, exceto emergência **(CBA)**

R: Não há como estabelecer um único valor ideal para a franquia. O que se pode e deve fazer é determinar que sejam ofertados produtos com diferentes valores, dando opções ao beneficiário e o direito a ele de decidir qual se adequa melhor ao seu perfil. **(ABRAMGE)**

R: A franquia deve incidir em Consultas, serviços de SADT, pequenas cirurgias ambulatoriais, até o limite estipulado pela franquia.

Não deve incidir nas despesas com Internações médico – hospitalares, clínicas e cirúrgicas, pediátricas, Partos Cirúrgicos e Normais, UTIs., etc.. **(FEHOESP)**

R: Deve incidir nos serviços de alto custo e não deve incidir em tratamentos de rotina ou de prevenção. **(GIOVANONI)**

R: Conjunto de Eventos. **(IBA)**

R: Em todos os procedimentos, linearmente com exceção das urgências e emergências e dos procedimentos de prevenção **(PREVIDENT)**

R: R: A coparticipação é uma taxa que o consumidor deve desembolsar toda vez que utilizar qualquer tipo de procedimento coberto pelo plano, além da mensalidade já prevista em contrato. Além disso, o valor de coparticipação não pode corresponder ao valor integral do procedimento. **(PROTESTE)**

R: Sugerimos que possa incidir sobre qualquer cobertura garantida pelo contrato. **(SINOG)**

R: Poderá incidir em exames, terapias e internações, tendo sua base de cálculo o valor a ser pago ao prestador por evento/sessão ou em um conjunto de eventos realizados em um determinado período de tempo (mensal), contratualmente estabelecido. **(UNIMED DO BRASIL)**

R: A franquia deve incidir em consultas (eletivas e urgência/emergência), exames, procedimentos ambulatoriais, tratamentos seriados (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, etc), internações (eletivas e urgência/emergência). **(UNIODONTO)**

R.: Deve incidir, a princípio, em todas as utilizações e serviços. a eventual exclusão de procedimentos da franquia, deve ficar facultada às operadoras. **(FENASAUDE)**

14. Existem outras formas de se utilizar a “franquia” ainda não utilizadas no Brasil?

R: A Abramge tem conhecimento sobre a utilização dos High Deductibles Healthcare Plans – HDHP nos Estados Unidos – que seriam planos com elevada franquia. Entretanto, desconhece se este modelo seria aplicável ao mercado brasileiro. **(ABRAMGE)**

R: A mais tradicional é estipular um valor de franquia maior, para um para uma abrangência maior de cobertura nos pagamentos de procedimentos complexos ou alto custo pela operadora. Porém no mercado externo, existe uma forma de constituir esta franquia de maneira mensal, efetuando depósitos até alcançar o limite desejado para a constituição da mesma (reserva técnica). **(FEHOESP)**

R: Eu desconheço. **(GIOVANOINI)**

R: Como exemplo, a franquia poderia ser utilizada como um saldo, onde a utilização do beneficiário seria abatida até determinado limite/tempo. Após isso, a responsabilidade seria compartilhada com o beneficiário. Para os planos empresariais, a franquia poderia ser utilizada como um mecanismo de gerenciamento de risco. No limite, a franquia poderia ser aplicada apenas para o pequeno risco. **(IBA)**

R: Desconhecemos **(PREVIDENT)**

R: não temos conhecimento. **(PROTESTE)**

R: a interpretação ao conceito de franquia deve equiparar-se ao conceito adotado para qualquer outra modalidade de seguro no país, **(SINOG)**

R: Sim. **(UNIMED DO BRASIL)**

R: Sim, como por exemplo, o modelo de stop-loss em que a Operadora/Seguradora se responsabiliza até um determinado limite de custo e a partir deste valor o risco volta para o beneficiário/segurado. **(UNIODONTO)**

R.: Pergunta é muito genérica. **(FENASAUDE)**

15. Sobre o valor da franquia: qual o ideal? Como se calcula? Como se adapta à realidade de cada contrato?

R: Deve ser definido um valor pela ANS. Um percentual do prêmio, por exemplo 5%. **(CBA)**

R: 1- Estabelecer valores pré-fixados em reais, por um grupo de procedimentos e/ou patologias e estipular vários grupos de valores de franquia crescentes que deverão ser assumidos pelo segurado/usuário, e com várias diferenças de valores que a operadora deverá assumir;

2- Calcular baseado no histórico da sinistralidade,

3- Padronizar por grupos, **(FEHOESP)**

R: Não tenho conhecimento profundo sobre este assunto. **(GIOVANOVI)**

R: Pode (deve) estar atrelado ao Perfil do Plano e ao tipo de evento. Pode ser calculado com base no valor depositado na conta poupança e no valor do prêmio. Desta forma, dado um limite mínimo, um menor valor depositado mensalmente na conta poupança implica um maior prêmio e também uma menor franquia. **(IBA)**

R: O barateamento do prêmio, deve ser sempre proporcional ao aumento do valor da franquia, sempre levando-se em conta, como valor máximo, um ponto de equilíbrio que no nosso caso é de 55% da sinistralidade **(PREVIDENT)**

R: O valor da franquia é variável de acordo com cada procedimento. Novamente sugerimos que a mesma não ultrapasse os 25% do valor do procedimento e seja calculada de forma diferenciada de acordo com cada região do Brasil. **(PROTESTE)**

R: Sugerimos que a fixação da franquia fique a cargo do contrato, **(SINOG)**

R: O cálculo atuarial poderá estabelecer as diferenças entre valores de franquias mínimas e máximas, tendo como base o custo médio de internações por especialidade/patologia, o perfil do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário e o nível de renda percapita da região. **(UNIMED DO BRASIL)**

R : O valor da Franquia será estabelecido pela Operadora no momento da precificação. A referência dos valores devem ser as praticadas pelo mercado. O valor da franquia deve ser compatível com os procedimentos sobre os quais se aplica. **(UNIODONTO)**

R.: O valor da franquia deve ser estabelecido de acordo com as leis de mercado. no momento da contratação de um plano de saúde essa escolha não é revestida de urgência ou de excessiva carga emocional. Ao optar por um plano com franquia ele poderá maximizar o seu bem-estar de maneira racional. **(FENASAUDE)**

TEMA 4: Sobre casos específicos que precisam de um maior debate

16. Idas ao pronto socorro: como seria o uso de franquia ou coparticipação? Como utilizar o melhor mecanismo?

R: A ida ao OS não deve ser parâmetro para avaliar o uso da franquia. O relatório médico sim, se caracterizar emergência. Muitos usam a porta de entrada do OS, para casos simples. **(CBA)**

R: que a coparticipação deve ser amplamente utilizada para racionalizar o uso deste tipo de atendimento. **(ABRAMGE)**

R: COPARTICIPAÇÃO (FBH)

R: Na nossa opinião , não deve haver coparticipação nos eventos / atendimentos de Pronto Socorro / Emergência . **(FEHOESP)**

R: Não tenho conhecimento. **(GIOVANOVI)**

R: Padrão ao modelo eletivo. **(IBA)**

R: Deverá ser estipulado claramente em contrato, nos casos de Operadoras de Odontologia, o número de recorrências na busca por pronto atendimento sem que haja pagamento de franquia ou participação. **(PREVIDENT)**

R: merece uma melhor reflexão por parte desta entidade de Defesa do Consumidor. **(PROTESTE)**

R: Sugerimos o incentivo ao uso dos fatores financeiros de regulação nos atendimentos em pronto socorro de forma a evitar a utilização eletiva deste serviço, **(SINOG)**

R: é imperativa a possibilidade de cobrança de coparticipação sobre consulta e exames neste ambiente, com o objetivo de estimular a procura de consulta em consultórios médicos. **(UNIMED DO BRASIL)**

R: Neste caso tanto a coparticipação como a franquia são eficientes para evitar que o beneficiário faça mau uso do serviço de pronto socorro em alternativa a consulta eletiva.. **(UNIODONTO)**

R.: O debate mais amplo deve incluir a questão das idas desnecessárias ao pronto-socorro. Há precedentes, em outros sistemas de saúde, da cobrança retroativa do copagamento quando o uso do pronto-socorro não for caracterizado como urgência. A isenção plena de copagamento na utilização dos serviços de emergência cria um óbvio incentivo ao uso deste tipo de atenção para evitar o copagamento no atendimento ambulatorial. Isto reduzirá drasticamente a efetividade do copagamento como fator moderador. No caso da franquia, a exclusão da urgência deve ficar a critério da operadora. No caso do modelo de contratação coletiva, a opção do contratante deve determinar as regras a serem aplicadas. A imposição da adoção de mecanismo de coparticipação em pronto socorro, ou sua proibição, pode ser contrária à política de recursos humanos praticada pelo contratante. **(FENASAÚDE)**

R: É de extrema importância a possibilidade de incidência de coparticipação/franquia em percentuais maiores para que justamente este não seja o “caminha natural” buscado pelos beneficiários.

É importante que se considere o valor agregado total (consulta e exames) e não apenas o valor da consulta em si, ou seja, os valores dos exames realizados durante o atendimento, bem como todas as taxas matérias e medicamentos também devem compor o custo a ser coparticipado. Ambos os fatores (franquia e coparticipação) podem ser utilizados quando do uso do pronto-socorro. **(Gama Saude)**

17. Quais são pontos críticos a serem enfrentados na discussão de fator moderador no Brasil?

R: a resistência dos que pensam que saúde não tem preço e ignoram os custos crescentes. **(CBA)**

R:

- A necessidade de mudança no perfil de consumo de saúde por parte do beneficiário,
- O direcionamento do beneficiário na rede de atenção a saúde, reduzindo o uso desnecessário de pronto socorro,
- O investimento em tecnologia por parte das operadoras, para que as informações sejam geradas e disponibilizadas ao beneficiário;
- Diferentes valores de remuneração praticados na rede, o que pode confundir o beneficiário quanto à coparticipação devida – para sanar esta dificuldade, é fundamental a transparência da informação e dos extratos disponibilizados pela operadora;
- Rever entendimentos manifestados por esse órgão regulador,
- Formas para diminuição do absenteísmo (ausência dos beneficiários em consultas). **(ABRAMGE)**

R: OS BENEFICIOS SUPERAM AS DIFICULDADES (FBH)

- R: 1-** A participação financeira do usuário/beneficiário se houver a somatória do custeio e fator moderador.
- 2-** Reeducação dos usuários na utilização dos serviços;
- 3-** Adesão do beneficiário pelo possível fator de rejeição que será o valor da contribuição /custeio **(FEHOESP)**

R: O principal ponto crítico é a ênfase na saúde do beneficiário como primordial para as definições do fator moderador. **(GIOVANONI)**

R: Deixar clara à opção do Beneficiário Não criar “sofisticações excessivas”! **(IBA)**

R: Toda e qualquer discussão, deverá levar em conta: - Segmentação assistencial - Se ODONTOLÓGICA OU MÉDICA. Isso é fundamental, já que dificilmente é feita essa diferenciação nas discussões e a diferença é conceitual, profunda e administrativamente diferentes. **(PREVIDENT)**

R:

- Como estimar o valor ideal da coparticipação para que não onere demais o consumidor e nem o desestimule a utilizar o plano, aumentando assim o aparecimento de doenças?
- Qual o valor ideal para cada região?
- Quais são os procedimentos que não deve haver a cobrança de coparticipação? **(PROTESTE)**

R: definição de fator restritor severo,
é a correção do conceito de franquia, **(SINOG)**

R: Menor interferência da regulação na definição de valores, percentuais e tetos, cabendo ao contratante (PF ou PJ) definir o que deve e pode comprar, e como deve fazê-lo.

☒ Unificação das regras em uma normativa única,
☒ Possibilidade de cobrança de coparticipação em consulta e exames realizados em pronto socorro; reestabelecimento da possibilidade de cobrança de coparticipação em percentual para a internação psiquiátrica após o 30º dia, independentemente do produto ter sido registrado como coparticipativo e; possibilidade de cobrança de coparticipação em internação por dia ou evento, bem como em percentual com teto limitador. **(UNIMED DO BRASIL)**

R: é relatividade do conceito de fator moderador restritivo ou severo em relação a condição de pagamento de cada indivíduo.
cobrança de coparticipação em tratamento seriados tais como hemodiálise, tratamento oncológicos.
(UNIODONTO)

R.: Além do efeito de redução da utilização desnecessária, a adoção dos mecanismos de regulação também pode ter a finalidade de financiamento da utilização, com consequente redução do valor da mensalidade. Por isso, é deveria ser aplicável, a todos que fizerem uso do plano, independente da natureza desta utilização.

outro óbice ao uso do fator moderador é a sua associação à ideia de fator restritivo.

A restrição ao uso de fatores moderadores - previstos na legislação - em virtude do impacto negativo na saúde dos beneficiários deve estar baseada em evidências científicas de maneira incontroversa.

a diferente natureza dos planos individuais e coletivos que, por consequência, devem ter regras distintas. A regulação pode atuar de forma mais protetiva em benefício do segurado individual, deixando a cargo dos contratantes de planos coletivos, a livre negociação junto às Operadoras.

(FENASAUDE)