



PROCESSO Nº: 33910.000554/2017-50

NOTA TÉCNICA Nº 11/2018/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES

Interessado:

COORDENADORIA DE ACESSORAMENTO NORMATIVO, DIRETORIA ADJUNTA DA DIDES, ASSESSORIA TÉCNICA E DE GESTÃO DA DIDES, DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL, ASSESSORIA DE INFORMAÇÃO DA DIDES

Registro ANS: CASNT

1. INTRODUÇÃO

1. A presente Nota tem como objetivo apresentar o histórico e as análises que subsidiariam a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para a edição da Resolução Normativa – RN 433, de 27 de junho de 2018, que dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar e outros.
2. Inicialmente será demonstrado que as discussões para a elaboração de um normativo mais abrangente, detalhado e específico sobre o tema iniciaram-se ainda no ano de 2005, quando um processo administrativo foi aberto para revisar a Resolução CONSU nº 08, de 03 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde .
3. Após mais de uma década de discussões sobre o tema, a ANS editou a RN 433/18, que tem entre suas principais inovações diversos institutos que conferem efetiva proteção aos consumidores, uma vez que se constatou que as regras genéricas presentes na Resolução CONSU nº 08/1998 não eram suficientes, visto que não definiam regras, limites e critérios para incidência e cobrança de coparticipação e franquia, limitando-se a prever a existência destes mecanismos.
4. Em essência, a RN 433/18 representa o resultado consolidado de mais de uma década de discussões e debates amplos sobre o tema, focando na previsibilidade, na segurança jurídica e na proteção ao consumidor.
5. Acrescente-se que o normativo não se exaure em sua publicação. A moderna prática regulatória em implementação na ANS, amparada na teoria que exige ao regulador a elaboração de uma efetiva análise de impacto regulatória acerca das medidas que visa tomar, determina que os atos de grande relevância e impacto sejam acompanhados de perto pelo Regulador, especialmente quanto aos seus efeitos práticos para as partes envolvidas.
6. Ao final do documento será apresentado o plano de monitoramento da aplicação prática da RN nº 433/2018, o qual, caso identifique qualquer desequilíbrio, demandará eventual adequação das previsões normativas inauguradas com a citada norma a fim de equilibrar as relações e permitir que o setor de Saúde Suplementar possa funcionar de forma satisfatória para todas as partes, com especial destaque para os consumidores.
7. Necessário considerar que não existem operadoras sem consumidores, tampouco consumidores sem operadoras, o que faz com que a atuação desta agência reguladora tenha que se pautar no equilíbrio do sistema e na estabilidade das relações, que transcorrem a partir da coexistência de empresas dispostas a ofertar um produto no mercado e consumidores dispostos e com capacidade para adquiri-los.

2. HISTÓRICO DAS DISCUSSÕES, DEBATES E ANÁLISES

8. em 29 de junho de 2005, a ANS formalizou a primeira processo que visava atualizar a norma que trata dos mecanismos de regulação (Resolução CONSU nº 8/1998), cuja edição precedeu a própria existência da Agência Reguladora (que somente foi criada em 2000, pela Lei nº 9.961/2000).
9. A necessidade de revisão da regulamentação sobre tema deu-se pela indefinição de algumas diretrizes postas na CONSU 08/98, a qual, dentre outras lacunas, dispõe que a incidência de coparticipação e franquia não pode se configurar um fator restritor Severo ao acesso à cobertura, sem, contudo, definir ou conceituar o que seria esse fator restritor severo, o que, conforme será demonstrado abaixo, exigiu da ANS o empenho de muitos esforços na tentativa de fixar um entendimento acerca da matéria, sem ter, todavia, logrado êxito.
10. Ademais, a citada CONSU nº 8/98, ao dispor sobre coparticipação e franquia, restringiu-se a conceituar estes mecanismos e afirmar que os mesmos não poderiam representar o custeio integral do procedimento e que o primeiro só poderia incidir em valor fixo nas hipóteses de internação, sem prever ou estabelecer qualquer tipo de limite, o que, nesse caso sim, expõe o consumidor a elevado risco de endividamento.
11. A proposta visava, àquela época, já em 2005, o estabelecimento de limites objetivos sobre os quais o setor pudesse se pautar e os consumidores pudessem se proteger, preenchendo, assim, as lacunas detectadas na norma CONSU nº 08/1998.
12. Nessa oportunidade, a ANS formatou proposta de normativo com base em estudos que analisaram informações do Sistema de Informação dos Produtos – SIP, a partir da utilização de procedimentos pelos beneficiários e considerando seus custos, conforme informados pela operadora à ANS periodicamente
13. Em prosseguimento, as discussões e os debates travados, bem como os estudos realizado no ciclo iniciado em 2005, ensejaram a elaboração de minuta de norma, apresentada em 2010, que trazia limites de coparticipação variando entre 20 e 40%, podendo ser majorados até 60% em situações específicas, além de ter previsto, naquela, a vedação de incidência dos mecanismos financeiros em alguns procedimentos como hemodiálise e quimioterapia.
14. Em 13 de abril de 2012, a ANS iniciou novo processo administrativo para discutir no âmbito de uma Câmara Técnica a regulamentação dos Mecanismos de Regulação, incluindo os de natureza financeira, entendido estes como a coparticipação e franquia,
15. Na ocasião, os mecanismos financeiros não eram o único tema discutido, sendo o escopo da Câmara Técnica mais amplo e a coparticipação e franquia um tópico das discussões e não seu objeto principal.
16. Simultaneamente, durante o período de existência desse grupo de discussões, foi iniciado um novo processo que se prestou a discutir aspectos técnicos do tema coparticipação e franquia. Neste processo consta Nota Técnica da ANS em que se apresenta metodologia e sugestão de percentual máximo para incidência de coparticipação.

17. Destaca-se que, já no curso desta Câmara Técnica, foi elaborada a Nota Técnica nº 43/2013/GGEFP/DIPRO que propunha a fixação de entendimento, com base em metodologias estatísticas, de que seria admissível a cobrança de coparticipação em percentual de até 50% (cinquenta por cento), além da necessidade de se isentar a cobrança em alguns procedimentos. Ademais, previu, pela primeira, a necessidade de se estabelecer um limite de exposição financeira.
18. Cumpre ressaltar que, após elaboração da nota técnica 43/2013 supracitada, a ANS passou a utilizar o parâmetro de teto para coparticipação em 50% (cinquenta por cento), inclusive em relação aos processos sancionadores no âmbito da Diretoria de Fiscalização, que apontou o percentual de 50% foi o primeiro documento técnico da ANS em que se apresentou de forma conclusiva um percentual máximo para coparticipação.
19. Em 2015, foi formado novo Grupo Técnico, no âmbito da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, que discutiu o tema e apresentou nova proposta regulamentação dos Mecanismos de Regulação.
20. Este grupo analisou experiências internacionais, artigos científicos e finalizou-se com a apresentação de um Relatório Preliminar de Impacto Regulatório em que trazia uma proposta que, em resumo, definia o percentual máximo de 40% admitido para a cobrança de coparticipação, além de ter incorporado o limite de exposição financeira e o elenco de procedimentos isentos.
21. Em 2016, a ANS retomou as discussões com a formação do Grupo Técnico Interáreas, integrado pelas Diretorias de Fiscalização; Normas e Habilitação dos Produtos e Desenvolvimento Setorial. Esse grupo foi posteriormente convertido no Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia, no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.
22. Foram realizadas 5 (cinco) reuniões entre julho de 2016 e fevereiro de 2017. No mês de março de 2017, realizou-se uma audiência pública para a discussão da proposta, ocasião em que mais de 100 contribuições foram recebidas de todos os perfis de interessados,. Destaque-se que a Audiência teve transmissão pela Internet e foi aberto canal para manifestação remota dos interessados.
23. Adicionalmente, a norma foi submetida à Consulta Pública, que permaneceu disponível entre o final do mês de março e o início do mês de maio de 2017. Foram recebidas mais de 1000 contribuições, de quase 100 fontes distintas. Destas, 45 representavam operadoras de planos de saúde, 25 representavam consumidores, 11 representavam prestadores de serviço e outras 17 representavam entidades e órgãos estatais ou outros interessados.
24. Destas contribuições, mais de 400 foram acatadas ou parcialmente acatadas e incorporadas na minuta de norma que, ao ser aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS, resultou na publicação da RN 433/18. Destaca-se que, das contribuições acatadas, cerca de 150 foram enviadas por órgãos e entidades de defesa do consumidor e/ou cidadãos individuais.
25. Entre os meses de outubro e novembro ainda foi realizada pesquisa mais ampla e abrangente, através da ferramenta FormSUS, disponibilizado livremente no sítio eletrônico da ANS, que visou subsidiar o Relatório de Análise de Impacto Regulatório da proposta, bem como novas incorporações à minuta de norma. Nesta fase foram recebidas 645 contribuições em 72 fichas.
26. Como se observa, o tema Mecanismos Financeiros de Regulação é debatido na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS desde o ano de 2005, já tendo sido objeto de duas Consultas Públicas, nos anos de 2006 e 2017, uma Câmara Técnica no ano de 2012, um Grupo de Trabalho em 2015 e um Grupo Técnico que deu origem à RN nº 433/18, que se reúne desde julho de 2016.
27. Todo o histórico das discussões está disponibilizado no site institucional da ANS. Em relação ao grupo que deu origem à proposta aprovada, as discussões podem ser visualizados nos links abaixo:

[Grupo Técnico Inteáreas](#) [1]

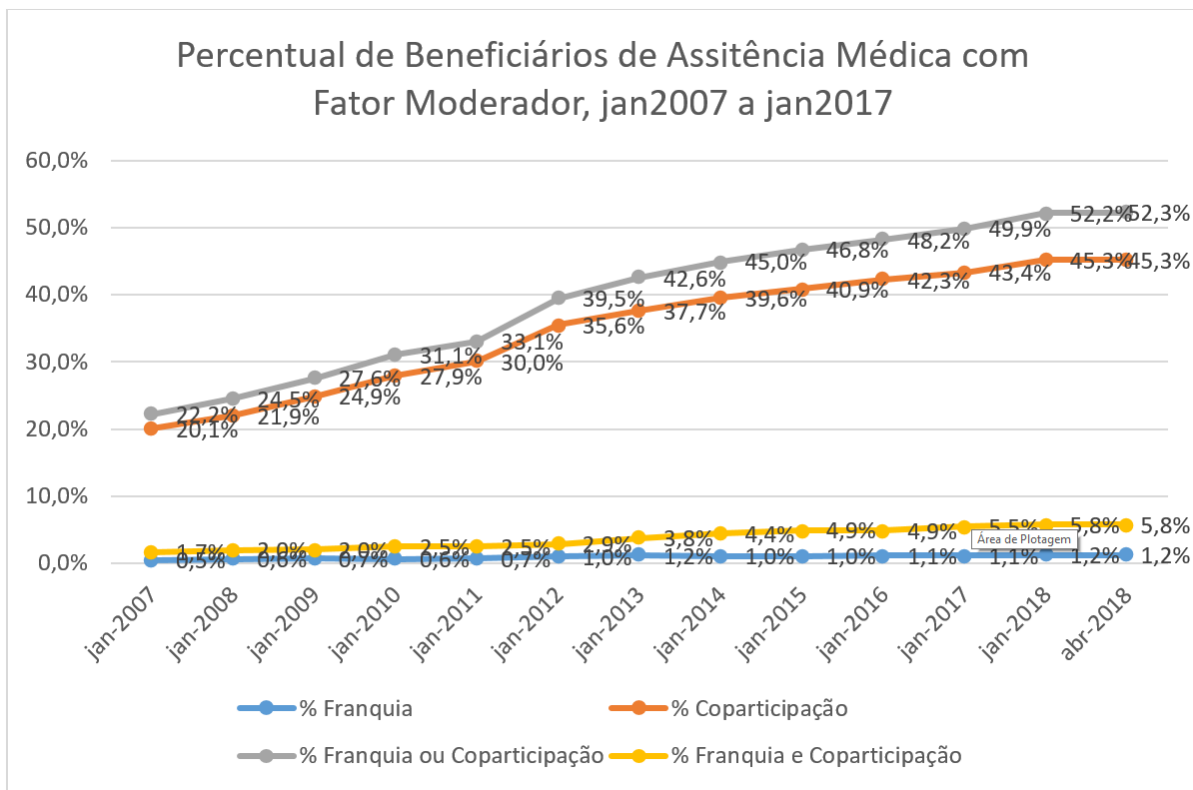
[Consulta Pública nº 60](#) [2]

28. A discussão também está minuciosamente descrita no Relatório de Impacto Regulatório apresentado para a Diretoria Colegiada da ANS e disponível para consulta no sítio eletrônico institucional da ANS em:

[Análise de Impacto Regulatório](#) [3]

3. DAS RAZÕES PARA EDIÇÃO DA RN 433/18

29. O trabalho de regular um setor/atividade econômica inclui não apenas o poder de normatizar, mas também o poder de polícia para fiscalizar o cumprimento das normas postas. Ademais, inclui a inerente obrigação de monitorar os rumos que estão sendo tomados pelos regulados.
30. Neste contexto, a ANS detectou que há uma curva constante e acentuada de crescimento de participação dos planos de saúde que contêm coparticipação e/ou franquia, entendendo esses como os planos de saúde com franquia e/ou coparticipação no mercado.
31. Os últimos dados analisados pela ANS demonstram que mais de 52% dos beneficiários de planos de saúde estão nestes tipos de planos. Esse percentual era de 49% em janeiro de 2017, conforme demonstrado no Relatório de Análise de Impacto Regulatório, tendo havido, portanto, crescimento de mais 2% (dois por cento) em apenas 1 (um) ano.
32. Conforme demonstram o gráfico e a tabela abaixo, houve significativo crescimento do número de beneficiários de planos de saúde (consumidores) em planos com coparticipação e/ou franquia ao longo dos anos. Em 2007, cerca de 22% (vinte e dois por cento) dos consumidores estavam em planos com coparticipação e/ou franquia. Atualmente, este percentual já é superior à 52% (cinquenta e dois por cento). Ou seja, o número absoluto saltou de pouco mais de 8 milhões para mais de 24 milhões de consumidores em planos com coparticipação e/ou franquia em um intervalo de apenas 10 (dez) anos.
33. Vale destacar que, considerando o mesmo período, a quantidade de beneficiários em planos não moderados (ou seja, que não tem coparticipação e/ou franquia) caiu de 29 para 22.5 milhões.



Competência	% Franquia	% Coparticipação	% Franquia e Coparticipação	Qt Beneficiário com Franquia ou Coparticipação	% Franquia ou Coparticipação	Qt Beneficiário sem Franquia e Coparticipação	Qt Beneficiário Total
jan-2007	0,5%	20,1%	1,7%	8.292.948	22,2%	29.072.500	37.365.448
jan-2008	0,6%	21,9%	2,0%	9.668.581	24,5%	29.734.267	39.402.848
jan-2009	0,7%	24,9%	2,0%	11.343.796	27,6%	29.812.447	41.156.243
jan-2010	0,6%	27,9%	2,5%	13.396.393	31,1%	29.727.370	43.123.763
jan-2011	0,7%	30,0%	2,5%	15.157.994	33,1%	30.626.370	45.784.364
jan-2012	1,0%	35,6%	2,9%	18.792.740	39,5%	28.819.948	47.612.688
jan-2013	1,2%	37,7%	3,8%	20.637.111	42,6%	27.834.310	48.471.421
jan-2014	1,0%	39,6%	4,4%	22.661.716	45,0%	27.686.482	50.348.198
jan-2015	1,0%	40,9%	4,9%	23.747.725	46,8%	26.984.746	50.732.471
jan-2016	1,1%	42,3%	4,9%	23.862.857	48,2%	25.641.131	49.503.988
jan-2017	1,1%	43,4%	5,5%	23.760.953	49,9%	23.831.415	47.592.368
jan-2018	1,2%	45,3%	5,8%	24.724.558	52,2%	22.644.064	47.368.622
abr-2018	1,2%	45,3%	5,8%	24.752.748	52,3%	22.582.718	47.335.466

34. Esses dados demonstram que os consumidores estão sendo cada vez mais atraídos, e em uma aceleração cada mais acentuada, para planos com coparticipação e/ou franquia. Por esta razão a ANS entendeu que era necessário editar um normativo específico sobre a matéria, com a instituição de regras mais claras, objetivas e adequadas, considerando as lacunas existentes na Resolução CONSU n° 08/1998, que, conforme já informado alhures, precede a própria existência da ANS.

35. A análise dos números demonstra que não apenas há um crescimento no número de consumidores nos planos com coparticipação e franquia, como também uma migração dos consumidores de planos não moderados para planos com coparticipação e franquia.

36. Esta ocorrência pode ser explicada pelos valores menores de mensalidades pagas nesse tipo de plano, conforme se constata nas tabelas, que correspondem às tabelas 2.3 e 2.4 do Painel de Precificação editado pela ANS (vide tabelas abaixo), bem como uma possível tendência de inserção de beneficiários em um nicho mercadológico com uma regulação menos rigorosa.

Tabela 2.3 - Evolução do Valor Comercial Médio da Faixa Etária dos 44 aos 48 anos dos planos "Individual ou Familiar", de Segmentação Assistencial "Ambulatorial + Hospitalar", 2013 a 2017 - Brasil

Mês	Valor Comercial sem Fator Moderador	Valor Comercial com Fator Moderador	Diferença Percentual	Evolução Mensal da Diferença	Evolução Acumulada Anual da Diferença	Evolução Acumulada da Diferença
jan 13	373,03	286,32	30,3%	0,00%	0,00%	0,00%
fev 13	377,82	289,05	30,7%	1,40%	1,40%	1,40%
mar 13	381,33	290,29	31,4%	2,14%	3,56%	3,56%
abr 13	386,46	295,54	30,8%	-0,91%	1,58%	1,58%
mai 13	383,77	298,06	28,8%	-5,52%	-0,04%	-5,04%
jun 13	384,57	300,42	28,0%	-6,00%	-5,51%	-7,51%
jul 13	383,73	302,05	27,0%	-4,45%	-7,07%	-10,70%
ago 13	390,37	304,65	28,1%	4,04%	-7,09%	-7,09%
set 13	392,88	307,64	27,7%	-5,52%	-8,50%	-8,50%
out 13	398,41	310,89	28,2%	1,60%	-7,04%	-7,04%
nov 13	400,14	311,38	28,5%	1,26%	-8,87%	-5,87%
dez 13	407,09	317,52	28,2%	6,05%	-8,85%	-6,85%
jan 14	413,34	322,27	28,3%	0,18%	0,00%	-6,69%
fev 14	415,44	322,81	28,7%	1,54%	1,54%	-5,25%
mar 14	424,46	331,79	27,9%	-6,65%	1,15%	-7,77%
abr 14	425,68	332,61	28,0%	0,18%	1,98%	-7,60%
mai 14	433,52	338,00	28,3%	0,99%	0,01%	-6,68%
jun 14	437,54	340,74	28,4%	0,53%	0,54%	-6,19%
jul 14	444,98	343,60	29,5%	3,86%	4,42%	-2,56%
ago 14	451,80	346,95	30,2%	2,42%	6,95%	-0,21%
set 14	455,59	350,50	30,0%	1,79%	6,11%	-0,99%
out 14	464,88	356,64	30,4%	1,22%	7,40%	0,22%
nov 14	470,82	359,90	30,8%	1,55%	9,07%	1,77%
dez 14	478,04	361,84	32,1%	4,20%	11,65%	6,05%
jan 15	485,01	364,96	32,9%	2,43%	0,00%	8,62%
fev 15	489,80	367,22	33,4%	1,47%	1,47%	10,22%
mar 15	495,35	370,35	33,7%	1,11%	2,60%	11,44%
abr 15	508,61	372,43	36,6%	8,34%	11,15%	20,74%
mai 15	512,61	374,89	36,7%	0,47%	11,67%	21,30%
jun 15	518,59	385,43	34,5%	-9,95%	5,03%	14,08%
jul 15	528,74	391,19	35,2%	1,78%	6,89%	16,11%
ago 15	529,45	392,18	35,0%	-0,46%	6,41%	15,58%
set 15	535,69	395,41	35,5%	1,36%	7,85%	17,15%
out 15	544,35	398,53	36,6%	3,14%	11,23%	20,83%
nov 15	543,56	400,68	35,7%	-2,54%	8,41%	17,75%
dez 15	549,46	406,24	35,3%	6,14%	7,17%	16,42%
jan 16	558,88	408,76	36,7%	4,17%	0,00%	21,27%
fev 16	563,33	414,83	35,8%	-6,53%	1,53%	18,21%
mar 16	572,63	418,37	36,9%	2,99%	0,39%	21,75%
abr 16	575,10	420,36	36,8%	-0,16%	0,23%	21,56%
mai 16	579,49	422,98	37,0%	0,51%	0,75%	22,18%
jun 16	587,02	425,34	38,0%	2,73%	3,50%	25,52%
jul 16	592,57	432,26	37,1%	-6,43%	0,98%	22,46%
ago 16	604,53	437,29	38,2%	3,12%	4,13%	26,28%
set 16	607,33	438,92	38,4%	0,32%	4,47%	26,69%
out 16	606,62	440,04	37,9%	-0,33%	3,08%	25,01%
nov 16	617,41	448,03	37,8%	-0,14%	2,94%	24,84%
dez 16	619,19	448,26	38,1%	0,87%	3,83%	25,92%
jan 17	625,47	453,37	38,0%	-4,45%	0,00%	25,35%
fev 17	631,90	455,98	38,6%	1,63%	1,63%	27,39%
mar 17	637,20	459,98	38,5%	-0,13%	1,50%	27,22%
abr 17	641,08	463,94	38,2%	-0,90%	0,58%	26,07%
mai 17	644,45	466,38	38,2%	0,00%	0,58%	26,08%
jun 17	647,27	462,74	39,9%	4,44%	5,05%	31,68%
jul 17	653,97	472,49	38,4%	-6,68%	1,18%	26,83%
ago 17	656,96	475,86	38,1%	-0,91%	0,26%	25,67%
set 17	671,30	486,00	38,1%	0,18%	0,44%	25,90%
out 17	678,21	486,65	39,4%	3,24%	3,70%	29,98%
nov 17	679,39	489,38	38,8%	-0,36%	2,28%	28,21%
dez 17	686,67	492,61	39,4%	1,46%	3,77%	30,08%

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

Nota: Média simples excluindo extremos.

Tabela 2.4 - Evolução do Valor Comercial Médio da Faixa Etária dos 44 aos 48 anos dos planos "Coletivos", de cobertura Ambulatorial + Hospitalar, 2013 a 2017 - Brasil

Mês	Valor Comercial sem Fator Moderador	Valor Comercial com Fator Moderador	Diferença Percentual	Evolução Mensal da Diferença	Evolução Acumulada Anual da Diferença	Evolução Acumulada da Diferença
jan 13	284,41	232,09	22,5%	0,00%	0,00%	0,00%
fev 13	285,46	234,56	21,7%	3,73%	-3,73%	-3,73%
mar 13	287,38	236,00	21,8%	0,31%	-3,44%	-3,44%
abr 13	292,33	237,90	22,9%	5,12%	1,50%	1,50%
mai 13	294,19	239,74	22,7%	0,73%	0,76%	0,76%
jun 13	295,81	240,89	22,8%	0,36%	1,12%	1,12%
jul 13	299,21	241,35	24,0%	5,16%	6,34%	6,34%
ago 13	300,56	242,73	23,8%	0,61%	5,69%	5,69%
set 13	301,11	243,62	23,6%	0,96%	4,67%	4,67%
out 13	307,51	244,66	25,7%	8,85%	13,94%	13,94%
nov 13	309,13	246,77	25,3%	1,63%	12,08%	12,08%
dez 13	313,96	249,02	26,1%	3,21%	15,68%	15,68%
jan 14	318,96	251,58	26,8%	2,69%	0,00%	18,79%
fev 14	319,89	252,57	26,7%	0,48%	-0,48%	18,22%
mar 14	322,76	255,90	26,1%	1,97%	-2,45%	15,89%
abr 14	325,18	258,16	26,0%	0,63%	-3,06%	15,15%
mai 14	328,56	262,83	25,0%	3,68%	-6,63%	10,92%
jun 14	332,11	265,94	24,9%	0,49%	-7,09%	10,37%
jul 14	334,57	269,40	24,2%	2,78%	-9,67%	7,30%
ago 14	337,32	271,37	24,3%	0,47%	-9,25%	7,81%
set 14	339,15	273,02	24,2%	0,35%	-9,57%	7,43%
out 14	339,84	273,07	24,5%	0,96%	-8,70%	8,46%
nov 14	338,90	273,76	23,8%	2,69%	-11,16%	5,54%
dez 14	343,28	277,05	23,9%	0,48%	-10,73%	6,05%
jan 15	346,18	279,57	23,8%	0,36%	0,00%	5,67%
fev 15	348,86	281,07	24,1%	1,25%	1,25%	6,99%
mar 15	351,43	284,48	23,5%	2,44%	-1,22%	4,38%
abr 15	354,74	285,43	24,3%	3,19%	1,93%	7,71%
mai 15	358,51	288,54	24,3%	0,13%	1,79%	7,57%
jun 15	364,79	297,14	22,8%	6,12%	-4,44%	0,98%
jul 15	373,97	300,70	24,4%	7,03%	2,28%	8,09%
ago 15	380,42	305,73	24,4%	0,25%	2,54%	8,36%
set 15	390,93	308,28	26,8%	9,75%	12,54%	18,92%
out 15	398,03	311,92	27,6%	2,97%	15,89%	22,46%
nov 15	415,66	319,01	30,3%	9,73%	27,17%	34,38%
dez 15	419,64	322,99	29,9%	1,23%	25,61%	32,73%
jan 16	424,39	327,97	29,4%	1,75%	0,00%	30,40%
fev 16	426,98	332,67	28,4%	3,56%	-3,56%	25,77%
mar 16	433,37	336,93	28,6%	0,94%	-2,65%	26,95%
abr 16	436,96	341,23	28,1%	1,97%	-4,57%	24,45%
mai 16	442,28	345,68	27,9%	0,39%	-4,94%	23,96%
jun 16	446,31	346,99	28,6%	2,43%	-2,63%	26,97%
jul 16	453,00	351,36	28,9%	1,06%	-1,60%	28,32%
ago 16	461,50	356,73	29,4%	1,52%	-0,11%	30,26%
set 16	463,32	358,36	29,3%	0,27%	-0,38%	29,91%
out 16	472,76	366,44	29,0%	0,93%	-1,31%	28,70%
nov 16	476,24	367,06	29,7%	2,52%	1,18%	31,94%
dez 16	476,11	364,45	30,6%	3,00%	4,22%	35,90%
jan 17	477,61	366,93	30,2%	1,55%	0,00%	33,80%
fev 17	480,56	368,88	30,3%	0,38%	0,38%	34,30%
mar 17	484,02	372,24	30,0%	0,82%	-0,44%	33,21%
abr 17	485,40	374,05	29,8%	0,88%	-1,32%	32,03%
mai 17	489,66	376,11	30,2%	1,43%	0,10%	33,92%
jun 17	495,46	380,31	30,3%	0,29%	0,38%	34,31%
jul 17	500,40	386,63	29,4%	2,81%	-2,44%	30,53%
ago 17	497,40	384,35	29,4%	0,05%	-2,49%	30,46%
set 17	501,80	391,78	28,1%	4,52%	-6,90%	24,56%
out 17	501,74	392,18	27,9%	0,52%	-7,39%	23,91%
nov 17	504,02	394,45	27,8%	0,56%	-7,91%	23,21%
dez 17	508,89	397,00	28,2%	1,47%	-6,56%	25,02%

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

Nota: Média simples excluindo extremos.

37. Enquanto os planos sem coparticipação e franquia tem suas regras perfeitamente delimitadas em relação a coberturas assistências, limites mensais de pagamento, entre outros, os planos com coparticipação e franquia, na vigência da CONSU n° 08/1998, podem se valer das lacunas normativas já citadas, que podem ser usadas pelas operadoras para aumentar a lucratividade de um produto, distorcendo a característica destes mecanismos, que não podem ser utilizados como fatores de cofinanciamento do produto, mas sim apenas como fatores de moderação e utilização consciente do produto.
38. A inexistência de um percentual previsto em norma, bem como a inexistência de um limite máximo para o pagamento de coparticipação e franquia pelo beneficiário (questões supridas pela RN n° 433/2018), torna, atualmente, os planos com estes mecanismos, tais quais oferecidos hoje, atrativos para as operadoras, uma vez que toda e qualquer utilização pode ser cobrada do consumidor, sem ter que observar qualquer limite imposto pela regulação.
39. Esse cenário acarreta dificuldades principalmente para os consumidores mais hipossuficientes, seja porque possuem condições financeiras que lhes dificultam arcar com custos extras, seja porque possuem uma saúde mais debilitada, que demande maior assistência e utilização dos planos de saúde.
40. Por esta razão, a RN 433/18 teve como premissa proteger os consumidores, especialmente aqueles mais vulneráveis, evitando que o consumidor seja cobrado por valores excessivos, imprevisíveis e muito variáveis.
41. A partir da vigência dessa norma, o consumidor que optar por contratar este tipo de produto arcará com parte dos custos pela utilização de seu plano de saúde, limitado até o valor de sua própria mensalidade, o que lhe confere previsibilidade e segurança, ao passo que a operadora de planos de saúde arcará com todo o custo restante, independentemente de que cifras esta utilização possa atingir, assumindo, como não poderia deixar de ser, o risco da utilização extrema com a cobertura que ultrapassa o limite de exposição do beneficiário.
42. Ademais, partindo-se da premissa dos estímulos e desestímulos, não haverá por parte das operadoras interesse em que seus consumidores deixem de cuidar de sua saúde, pois, caso isso aconteça, a probabilidade destes serem acometidos por doenças mais graves e situações de emergência é maior, hipótese em que muitas vezes a própria operadora arcará com o risco advindo da deterioração da saúde dos consumidores, uma vez que assumirá integralmente

o custeio de tratamentos específicos para doenças crônicas, como hemodiálises, quimioterapias e radioterapias, por vezes evitáveis com condutas preventivas e/ou com a utilização necessária e recomendável dos serviços da saúde suplementar.

43. Ou seja, os consumidores deixarão um cenário em que arcam com grande parte do risco (vigência da CONSU nº 08/1998) para ingressarem em um novo cenário em que seu risco está limitado pela Regulação Setorial (vigência da RN nº 433/2018), ao mesmo tempo que as operadoras de planos de planos de saúde deixarão um cenário em que seu risco era muito limitado e mitigado (vigência da CONSU nº 08/1998) e passarão a integrar um cenário em que também arcam o riscos do negócio, independentemente dos custos dos tratamento à saúde de seus beneficiários/consumidores e, por esta razão, possuem incentivos concretos para buscarem uma assistência com foco na prevenção das doenças e na promoção da saúde.

4. FUNDAMENTOS DA NORMA

44. Feita a contextualização, já é possível inferir diversos fundamentos que guiaram a elaboração do ato normativo. Contudo, com a finalidade de ser o mais esclarecedor possível, analisar-se-á pontualmente alguns tópicos da norma.

4.1. PROCEDIMENTOS ISENTOS:

45. Considerando o grau de vulnerabilidade de determinado grupo de consumidores, a ANS já discute a inclusão da previsão de procedimentos isentos na norma que disciplinaria a aplicação de coparticipação e franquia nos contratos de planos de saúde desde 2010, como descrito alhures, o que efetivamente ocorreu agora, com a publicação da RN 433/18.

46. O elenco trazido é o mínimo que tem que ser garantido aos consumidores em um ano e de forma alguma deve ser interpretado como um indicativo de que todos os demais procedimentos terão sua utilização inibida pela incidência da coparticipação e/ou franquia.

47. A RN prevê, por exemplo, quatro consultas com médicos generalistas por ano. Isso significa que a operadora não poderá cobrar coparticipação e/ou franquia em quatro e não que o consumidor somente terá direito as quatro consultas.

48. Atualmente, não se pode ignorar que o consumidor não tem qualquer isenção prevista na regulação da ANS e nem por isso se diz que ele não tem o direito, por exemplo, de fazer qualquer consulta médica ou que evita a realização de consultas para não ter que pagar coparticipação ou franquia.

49. Alguns procedimentos, quando cobrados dos consumidores, tem potencial de lhes gerar grande prejuízo por serem tratamentos continuados, alguns necessários por toda a vida do consumidor ou de alto custo. Outros por serem realizados com grande frequência ou por serem procedimentos não tão custosos, mas que servem para prevenção e detecção de doenças em seus estágios preliminares, o que aumenta sobrevida e reduz os custos dos tratamentos.

50. Considerando todos os procedimentos realizados no setor, vale destacar que, segundo o mapa assistencial elaborado e publicado pela ANS, foram realizadas, apenas no ano de 2017, ano em que o percentual de consumidores com coparticipação e/ou franquia em seus contrato atingiu 50% (cinquenta por cento), 1,51 bilhão de consultas médicas, outros atendimentos ambulatoriais, exames, terapias, internações e procedimentos odontológicos. O número representa um aumento em relação à produção assistencial registrada em 2016 (em números absolutos), ano em que o setor totalizou 1,46 bilhão de procedimentos efetuados. Ou seja, mesmo com a ampliação de contratos com mecanismos de moderação de uso, o número total de procedimentos realizadas pelo setor apresentou aumento de 3,4%.

51. Na tabela abaixo, estão listados alguns procedimentos que constam do elenco de isenções da norma, informando a quantidade de vezes que foram realizados na saúde suplementar, com o valor moda descrito (aquele valor mais comumente praticado) e o custo total para o sistema. Os dados foram retirados dos Sistemas de Informação da ANS e dizem respeito aos dados assistenciais correspondentes ao ano de 2017.

Procedimento	Quantidade	Valor Moda	Custo para o Sistema	Custo potencial de coparticipação conforme CONSU 08/98 considerando 50% dos planos com coparticipação	Custo potencial para os consumidores conforme a RN 433/18
Consulta em consultório	177.910.358	R\$ 80,00	R\$ 12.671.356.503,49	R\$ 2.534.271.300,70	
Hemodiálise crônica (por sessão)	1.257.829	R\$ 152,49	R\$ 240.900.672,39	R\$ 48.180.134,48	R\$ 0,00
Mamografia convencional bilateral	2.903.735	R\$ 90,62	R\$ 236.420.511,89	R\$ 47.284.102,38	
Colonoscopia (inclui a retossig -moidoscopia)	533.035	R\$ 251,32	R\$ 134.746.574,64	R\$ 26.949.314,93	
Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento	21.059	R\$ 9.054,50	R\$ 57.492.212,83	R\$ 11.498.442,56	R\$ 0,00
US - Obstétrica morfológica	565.031	R\$ 77,67	R\$ 56.986.211,38	R\$ 11.397.242,27	
Teste do pezinho ampliado (TSH neonatal + 17 OH progesterona ± fenilalanina + Tripsina imuno-reativa + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias)	97.759	R\$ 91,75	R\$ 9.312.467,41	R\$ 1.862.493,48	R\$ 0,00

52. Considerando que todos os procedimentos são passíveis de coparticipação na forma da Resolução CONSU 08/98; que não existe limite de incidência definido no normativo; que a ANS considera 40% o limite máximo admissível, como veremos mais adiante.

53. Levando-se em conta essa pequena amostra de procedimentos isentos e retirando-se somente os valores previstos em isenções absolutas, ou seja, sem que tenham sido limitadas ou orientadas por protocolos, o potencial de economia para os consumidores, em um período de um ano, chega a R\$ 61.541.070,52.

54. Isto porque como se verifica na coluna "Custo potencial de coparticipação conforme CONSU 08/98 considerando 50% dos planos com coparticipação", o valor total a ser pago pelo conjunto de beneficiários em planos com coparticipação, estimando que estes realizam aproximadamente metade dos procedimentos no sistema e, aplicando-se sobre esta metade a coparticipação de 40% tem-se uma estimativa dos gastos que a coletividade de beneficiários em planos com coparticipação e/ou franquia tem em um único ano. No exemplo específico, 2017 e, em consequência, a potencial economia com as isenções previstas.

55. Deve-se considerar que de 293 (duzentos e noventa e três) procedimentos isentos, apenas 7 (sete) estão listados na tabela acima e a economia potencial somente foi mensurada para 3 (três) dos procedimentos, ou seja, a economia esperada para os beneficiários será ainda maior do que a demonstrada.

56. Os problemas citados no parágrafo nº 52 nortearam a elaboração da proposta, que desde sua origem já trazia um elenco de procedimentos isentos, elenco este que ainda foi ampliado, tendo sido, ao final, divulgado com mais de 293 procedimentos, incluindo não apenas os principais, mas também os procedimentos preparatórios que são necessários para realização do principal.

57. Embora existam na literatura internacional alguns artigos [4][5] que apontam para o risco da implementação desses mecanismos acarretar agravo na saúde do beneficiário, que se veria induzido a não buscar tratamento de saúde quando necessário ou quando os sintomas ainda são iniciais, os mesmos também costumam sugerir soluções.

58. Ao analisarem a realidade norte americana, estes artigos reconhecem que os mecanismos financeiros tornam os planos de saúde mais acessíveis aos consumidores, pontuando que sem os mesmos milhões de americanos não seriam capazes de custear um plano de saúde.

59. Para solucionar ou, ao menos, reduzir os riscos para os consumidores, baseados nas observações feitas no mercado americano, os pesquisadores sugeriram a adoção de um elenco de procedimentos isentos e a utilização de critérios como o da medicina baseada em evidências para estabelecer coparticipações e franquias maiores ou menores, a depender da efetividade demonstrada de cada procedimento, estando, portanto, em sintonia com o que foi apresentado na RN nº 433/2018.

60. Com essa medida, a ANS incorporou em sua norma uma das principais sugestões catalogadas da doutrina, tentando adequá-la à realidade brasileira, uma vez que para definição das isenções observou-se doenças com alta prevalência no país e protocolos definidos pelo Ministério da Saúde.

4.2. IMPLEMENTAÇÃO DA COPARTICIPAÇÃO POSITIVA

61. Não apenas em função dos artigos anteriormente citados, mas também pela valiosa contribuição de entidades como Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, a ANS também implementou a possibilidade de se ter a coparticipação positiva nos planos de saúde.

62. Essa coparticipação positiva consiste na concessão de descontos ou bônus para os consumidores que realizarem determinados procedimentos de caráter preventivo (ou não) em um ano, com a operadora participando da gestão da saúde do beneficiário e não apenas limitando-se a cuidar de suas doenças.

63. Para viabilizar esta prática, a ANS revogou a Súmula Normativa nº 07, que foi avaliada como um obstáculo para a previsão desta para os consumidores. De acordo com a avaliação feita no Relatório de Impacto Regulatório da proposta, esta Súmula potencialmente inibe a atuação das operadoras como gestoras de saúde do beneficiário, obtendo ganhos com a saúde ao invés da doença deste, e sua revogação tem o potencial de alterar por completo e de forma positiva para a sociedade o paradigma da saúde suplementar.

64. Com esta medida, a ANS estimula que os mecanismos de regulação sejam utilizados para a adoção de boas práticas pelos beneficiários e, com isso, resultem em benefícios como descontos na mensalidade, sendo este um instrumento que pode ser utilizado para além da norma de coparticipação e franquia, inclusive em programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.

4.3. TETO DE COBRANÇA AO CONSUMIDOR

65. Neste tópico, faz-se uma comparação entre o cenário atual e novo cenário surgido com a edição da norma:

66. Diversos contratos que foram objeto de análise pela ANS em relação a sua conformidade quanto às disposições da Lei Setorial contêm, não raramente, previsões de cobrança de valores de coparticipação acima de 40% (quarenta por cento). Tal realidade está demonstrada no Relatório de Análise de Impacto Regulatório, que trouxe diversas manifestações de operadoras e do Instituto Brasileiro de Atuária – IBA neste sentido.

67. Também já se analisou contratos nesta Agência que estabelecia valores fixos para incidência de coparticipação que ultrapassavam R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para internações cujos gastos totais ultrapassassem R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), conforme demonstra tabela abaixo:

COPARTICIPAÇÕES:

Foram consideradas para este estudo/cálculo as coparticipações de 50% em Consultas, Exames, Terapias e Atendimentos Ambulatoriais.

Custo das Internações	Coparticipação
Até R\$ 279	Sem coparticipação
De R\$ 280 a R\$ 500	R\$ 140
De R\$ 501 a R\$ 750	R\$ 250
De R\$ 751 a R\$ 1.000	R\$ 375
De R\$ 1.001 a R\$ 1.500	R\$ 500
De R\$ 1.501 a R\$ 2.000	R\$ 750
De R\$ 2.001 a R\$ 2.500	R\$ 1.000
De R\$ 2.501 a R\$ 3.000	R\$ 1.250
De R\$ 3.001 a R\$ 3.500	R\$ 1.500
De R\$ 3.501 a R\$ 4.000	R\$ 1.750
De R\$ 4.001 a R\$ 4.500	R\$ 2.000
De R\$ 4.501 a R\$ 5.000	R\$ 2.250
De R\$ 5.001 a R\$ 6.250	R\$ 2.500
De R\$ 6.251 a R\$ 7.500	R\$ 3.125
De R\$ 7.501 a R\$ 8.750	R\$ 3.750
De R\$ 8.751 a R\$ 10.000	R\$ 4.375
De R\$ 10.001 a R\$ 12.500	R\$ 5.000
De R\$ 12.501 a R\$ 15.000	R\$ 6.250
De R\$ 15.001 a R\$ 17.500	R\$ 7.500
De R\$ 17.501 a R\$ 20.000	R\$ 8.750
De R\$ 20.001 a R\$ 25.000	R\$ 10.000
De R\$ 25.001 a R\$ 35.000	R\$ 12.500
De R\$ 35.001 a R\$ 40.000	R\$ 17.500
Acima de R\$ 40.001	R\$ 20.000

68. Um contrato como este não permite, de plano, a afirmação de que seria lesivo ao consumidor. A situação a ser analisada é totalmente diferente a depender do custo da internação ou mesmo as próprias condições do consumidor, pois R\$ 20.000,00 pode representar os ganhos anuais do consumidor ou representar valor menor que seus ganhos mensais.

69. Mesmo em relação as coparticipações no valor de 50%, sem haver um limite definido na norma o posicionamento poderá variar, como efetivamente variou ao longo do tempo, conforme será demonstrado no item IV.5 desta nota.

70. A ANS também observou diversos casos em que a coparticipação aplicada em casos de tratamentos de doenças crônicas representou uma cobrança substancial para o consumidor, seja em termos de valores ou em prazo, o qual se via desamparado pela regulação, que não continha limites e critérios objetivos para a aplicação destes mecanismos, de modo que, em tese, tais previsões não violavam as normas da ANS.

71. Em um exemplo hipotético, porém perfeitamente possível diante das regras da Resolução CONSU 08/98, considerando um paciente que precisa se submeter à hemodiálise em três sessões semanais, para o resto da vida, a um preço de R\$ 150,00 a sessão[6], caso tenha um contrato em que o percentual de coparticipação seja de 30% (trinta por cento), significa um gasto mensal de R\$ 540,00 só com a hemodiálise, sem contar os demais procedimentos que venha a necessitar realizar.

72. Esta e outras situações existentes, em que o tratamento do beneficiário, sem a existência de limites claros, pode ocasionar seu endividamento excessivo, deixarão de serem observadas, já que a partir da vigência da RN nº 433/2018 haverá uma efetiva proteção regulatória os consumidores, já que há previsão de limites para a cobrança de mecanismos financeiros de regulação e o estabelecimento de procedimentos isentos desta cobrança.

73. Por outro lado, no Relatório de Análise de Impacto Regulatório, apresentou-se uma análise de custos para os beneficiários levando em conta uma utilização hipotética do plano de saúde, colocando em uma tabela dados reais referentes a dois planos de saúde registrados nos sistemas de informação da ANS, representados na tabela abaixo:

PREÇOS MÁXIMOS POR FAIXA ETÁRIA (em R\$)	PRODUTO A – Com Coparticipação	PRODUTO B – Sem Coparticipação
Até 18 anos	393,76	463,23
De 19 a 23	492,19	579,03
De 24 a 28	615,25	723,8
De 29 a 33	676,78	796,17
De 34 a 38	710,62	835,99
De 39 a 43	781,68	919,61
De 44 a 48	977,11	1.149,50
De 49 a 53	1.074,80	1.264,46
De 54 a 58	1.343,52	1.580,59
59 ou mais	2.351,13	2.766,00

PREÇOS MÁXIMOS POR FAIXA ETÁRIA (em R\$)	PRODUTO A – Com Coparticipação	PRODUTO B – Sem Coparticipação	Diferença
Até 18 anos	4.725,12	5.558,76	833,64
De 19 a 23	5.906,28	6.948,36	1.042,08
De 24 a 28	7.383,00	8.685,60	1.302,60
De 29 a 33	8.121,36	9.554,04	1.432,68
De 34 a 38	8.527,44	10.031,88	1.504,44
De 39 a 43	9.380,16	11.035,32	1.655,16
De 44 a 48	11.725,32	13.794,00	2.068,68
De 49 a 53	12.897,60	15.173,52	2.275,92
De 54 a 58	16.122,24	18.967,08	2.844,84
59 ou mais	28.213,56	33.192,00	4.978,44

74. A primeira tabela apresenta os valores de mensalidade de dois produtos registrados na ANS que possuem características idênticas, ou seja, mesma operadora e mesma rede credenciada informada, diferenciando-se, apenas, quanto à presença ou não de fatores de moderação (coparticipação e/ou franquia). A segunda tabela apresenta o custo anual dos dois produtos considerando apenas as mensalidades pagas.

75. Considerando uma beneficiária com 40 anos e uma utilização em um período de 1 (um) ano:

- 8 (seis) consultas simples;
- 1 (uma) Ressonância Magnética;
- 1 (uma) Tomografia computadorizada;
- 1 (uma) Ultrassonografia diagnóstica;
- 1 (uma) Mamografia;
- 1 (uma) internação; e
- Exames Complementares.

76. E os valores abaixo expostos:

Procedimentos	Preço Praticado	30%	40%	50%
Consultas simples em consultório	R\$ 80,00 [7]	R\$ 24,00	R\$ 32,00	R\$ 40,00

Ultrassonografia Abdome total	R\$ 129,00 [8]	R\$ 38,70	R\$ 200,00	R\$ 64,50
Ressonância Magnética diagnóstica	R\$ 500,00 [9]	R\$ 150,00	R\$ 104,00	R\$ 250,00
Tomografia Computadorizada Diagnóstica	R\$ 260,00 [10]	R\$ 78,00	R\$ 46,80	R\$ 130,00
Mamografia convencional bilateral	R\$ 117,00 [11]	R\$ 35,10	R\$ 46,80	R\$ 58,50
Internações	R\$ 8.197,00 [12]			
Exames Complementares	R\$ 390,00 [13]	R\$ 117,00	R\$ 156,00	R\$ 195,00

77. Em uma comparação entre a Resolução CONSU 08/98 e a RN 433/18, apresentam-se os seguintes resultados, considerando os limites previstos, bem como isenções de procedimentos:

Procedimentos	Preço Praticado	40%	50%	#	CONSU 08/98	RN 433/18
Consultas simples em consultório	R\$ 80,00	R\$ 32,00	R\$ 40,00	8	R\$ 256,00	R\$ 128,00
Ultrassonografia a Abdome total	R\$ 129,00	R\$ 51,60	R\$ 64,50	1	R\$ 51,60	R\$ 51,60
Ressonância Magnética diagnóstica	R\$ 500,00	R\$ 200,00	R\$ 250,00	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
Tomografia Computadorizada da Diagnóstica	R\$ 260,00	R\$ 104,00	R\$ 130,00	1	R\$ 104,00	R\$ 104,00
Mamografia convencional bilateral	R\$ 117,00	R\$ 46,80	R\$ 58,50	1	R\$ 46,80	R\$ 0,00
Internações	R\$ 8.197,00	Valor Fixo sem Limite Expresso		1	Valor fixo. Vedado o custeio integral do procedimento	Até R\$ 781,68
Exames Complementares	R\$ 390,00	R\$ 156,00	R\$ 195,00	x	R\$ 156,00	Até 156,00
TOTAL					R\$ 814,40 + valor fixo da internação sem limite previsto na norma (p.ex R\$ 3.750,00)	R\$ 639,60 + valor fixo da internação, limitado a R\$ 781,68

78. Visualiza-se neste exemplo que, excluído o evento "internação", os gastos da beneficiária com a nova norma seriam menores que os que ela terá caso seu produto esteja formatado conforme as regras previstas na Resolução CONSU 08/98.

79. Incluído o evento internação, tem-se a real dimensão sobre como os riscos são mal distribuídos na Resolução CONSU 08/98, uma vez que o beneficiário poderá vir a arcar com valores na casa do 4 dígitos em razão deste, o que a RN 433/18 impede.

80. Considerando um exemplo real de contrato que traz valor fixo para internação em R\$ 3.750,00 para aquelas com custo entre R\$ 7.501,00 e R\$ 8.750,00 observa-se o quão prejudicial são as regras da CONSU 08/98 podem ser para o beneficiário, já que esta norma não estabelece limites para internação, restando claro o potencial protetivo da RN 433/18.

81. Este valor poderia ser cobrado em um único mês conforme a Resolução CONSU nº 08/98, contudo, em se aplicando a RN 433/18, todo valor que exceda os R\$ 781,68 que corresponde ao valor da mensalidade da beneficiária em um único mês, somente poderá ser cobrado nos meses seguintes.

4.3.1. LIMITE DE EXPOSIÇÃO FINANCEIRA ANUAL

82. O primeiro limite que a ANS trouxe com a RN 433/18 foi o limite anual, que consiste na multiplicação por 12 da primeira mensalidade do ano do contrato. Se no período de 12 meses a assistência ao consumidor ultrapassar o limite previsto, todo o custo excedente ficará a cargo da operadora, independentemente do valor que este possa alcançar.

83. Com esta medida, a ANS impede que o consumidor que tem uma utilização mais intensa e frequente do plano de saúde acabe por contrair uma dívida que onere excessivamente seu orçamento, ao estipular o máximo que poderá vir a custear no ano.

84. Utilizando-se o mesmo exemplo citado nos itens 72 a 79, caso a mesma consumidora de 40 anos realize os procedimentos e eventos listados na tabela mensalmente, ou seja, que ultrapassem todo mês seu limite de exposição mensal (que é de R\$ R\$ 781,68(setecentos e oitenta e um reais e sessenta e oito centavos), exatamente igual ao valor de sua mensalidade), ao final de um período de 12 meses ela não pagará nada mais do que R\$ 9.380,16 (nove mil, trezentos e oitenta reais e dezesseis centavos), que é o valor de sua mensalidade multiplicada por 12, na vigência da RN 433/2018.

85. Ao passo que, no mesmo exemplo, mas na vigência da Resolução CONSU n° 8/98, a citada consumidora pagaria, em um único mês, R\$ 4.564,40 (quatro mil, oitocentos e quatorze reais e quarenta centavos e, no ano, R\$ 57.772,80 (cinquenta e sete mil, setecentos e setenta e dois reais e oitenta centavos).
86. Importante frisar que, como demonstrado pelo Painel de Precificação acima citado, o valor do Plano com coparticipação e/ou franquia é substancialmente inferior ao plano sem, pelo que essas 12 mensalidades não representam o mesmo valor que representariam em planos não moderados.
87. Como exemplo, vale citar a tabela 2.3 (página 42 do arquivo - Evolução do Valor Comercial Médio da Faixa Etária dos 44 aos 48 anos dos planos "Individual ou Familiar", de Segmentação Assistencial "Ambulatorial + Hospitalar), que demonstra que o preço médio do valor comercial com fator moderador em dez/17 era R\$ 492,61 e, sem fator moderador, R\$ 686,67, diferença de 39,4%. Cabe dizer que o valor de referência dos produtos comercializados pelas operadoras para o beneficiário de plano sem fator moderador (entre 44 e 48 anos) pagava, em média, 39,4% a mais que o beneficiário do plano com fator moderador.
88. Neste cenário, há uma margem considerável em que o consumidor poderá utilizar seu plano com coparticipação e/ou franquia e ainda assim ter vantagem financeira.
89. Este limite pode ser menor que o valor previsto na RN 433/18, conforme negociação entre as partes.

4.3.2. LIMITE DE COBRANÇA MENSAL

90. O segundo limite que a ANS inaugurou através da RN 433/2018 se refere ao valor total que o consumidor poderá pagar em uma única mensalidade. Esse limite foi definido pelo dobro da mensalidade que o consumidor paga quando não faz uso do plano.
91. Reiterando que o valor da mensalidade dos planos com coparticipação e/ou franquia é inferior, foi estabelecido o próprio valor da mensalidade valor máximo, tendo em vista, ainda, que este valor tende a ser eventual, conforme a utilização do beneficiário, que, na maioria dos casos, não têm alta utilização do plano de saúde em todos os meses.
92. Os valores que ultrapassarem o limite de cobrança mensal devem ser diluídos para a cobrança nos meses subsequentes, de forma a não sobrecarregar financeiramente o consumidor, desde que não ultrapassem, também, o limite de exposição anual, demonstrado acima.
93. Este limite previsto pela ANS é o máximo que se pode cobrar, sem afastar a possibilidade de contratos serem firmados com previsão de aplicação de valores de cobrança mensal inferiores, tampouco impede que as partes (consumidores/contratantes e operadoras) negociem valores menores.

4.3.3. LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA PARA ATENDIMENTOS EM PRONTO-SOCORRO E INTERNAÇÕES

94. A ANS estabeleceu um valor máximo a ser cobrado do consumidor em determinados tipos de atendimento que, atualmente, podem resultar em um grande endividamento do mesmo pela inexistência de limites previstos.
95. Tanto para as hipóteses de internação quanto para atendimentos em pronto-socorro são estabelecidos limites máximos para a cobrança e, para os atendimentos em pronto-socorro este valor deverá ser o mesmo para qualquer prestador da rede credenciada utilizado pelo consumidor, retirando o componente financeiro da escolha deste em uma situação de urgência e emergência.
96. A CONSU 8/98 prevê como salvaguarda ao consumidor a necessidade da coparticipação em internações estar disposta em valores fixos, mas não os limita.
97. A RN 433/18, portanto, enrijece a regra existente prevendo que além do valor fixo, este estará limitado ao valor da mensalidade.
98. Em relação ao atendimento em pronto-socorro, se a norma atualmente vigente (CONSU nº 08/98) silencia-se a este respeito, a RN 433/18 define que a coparticipação somente será cobrada até a metade do valor da mensalidade, sejam quais forem os procedimentos realizados e esta não incidirá se o atendimento evoluir para internação, hipótese em que somente será cobrada a coparticipação desta.
99. Cumpre realçar que a aplicação desses parâmetros normativos como teto é facultativa para as operadoras, que podem, a fim de ampliar sua competitividade no mercado, aplicar limites menores em seus produtos, a fim de atrair determinado público menos propenso a assumir riscos, bem como aplicar, em outros produtos, limites maiores, desde que não ultrapassem o limite do normativo, visando beneficiários mais dispostos a obterem produtos cuja mensalidade seja menor em troca de valores variáveis conforme a utilização um pouco superiores.
100. Meramente para ilustrar o que foi descrito no parágrafo anterior, mas sem correspondência com uma situação concreta, uma vez que ainda não existem produtos precificados com as regras atuais, apresenta-se a tabela abaixo.

	PRODUTO A	PRODUTO B
Limites de Exposição Financeira	50% do previsto na norma	100% do previsto na norma
Mensalidade	R\$ 300,00	R\$ 250,00
Limite Ajustado ao previsto no contrato	12 x 150,00 = 1.800	12 x 250 = 3.000
Parcela Ordinária devida anualmente	12 x 300 = 3.600	12 x 250 = 3.000

101. Como em outras situações em que se analisa os aspectos econômicos de uma escolha, quando se está diante da disposição de um indivíduo assumir riscos, a possibilidade de ganhos daquele que assume maiores riscos apresenta-se superior se comparada com as possibilidades de ganhos do indivíduo mais conservador. São perfis distintos de consumidores, que podem ser observados na formação dos produtos pelas operadoras, desde que se observando os parâmetros máximos definidos em norma.
102. No exemplo construído acima, o consumidor que faz um plano para se assegurar do imprevisto, mas que em regra tem pouca ou nenhuma utilização do plano de saúde, opta por economizar R\$ 50,00 no mês em um total de R\$ 600,00 no ano, mas, em contrapartida, aceita o risco de eventualmente vir a arcar com um valor até R\$ 1.200,00 maior.
103. A perda potencial sempre será superior ao ganho assegurado e não é outra a razão pela qual a ANS estabeleceu como limite o valor da própria mensalidade, pois, se por um lado permite uma maior variabilidade nos produtos ofertados, por outro se evita que o risco torne-se insuportável para os consumidores. Com as regras postas, aquele beneficiário que opta por planos com limites mais altos tem toda a condição de avaliar sua capacidade de suportar o risco, pois os conhece previamente através de um parâmetro claro e objetivo, qual seja a própria mensalidade.
104. A ANS regula o mercado que é composto por indivíduos com diversos perfis, não sendo adequado que se impeça que um indivíduo contrate um plano conforme sua capacidade de suportar um risco. Beneficiários que fazem pouco uso de um plano de saúde podem ter à sua disposição produtos que lhes distribua uma parte do risco positivo que representam.

4.4. VEDAÇÃO DA COBRANÇA DIRETA AO CONSUMIDOR

105. A ANS vedou expressamente que seja feita qualquer cobrança direta ao consumidor quando da realização de um atendimento, em função da incidência de coparticipação e/ou franquia.
106. A CONSU 08/98, ao contrário, permitia tal cobrança nas hipóteses de franquia.
107. A premissa da ANS, além da óbvia vulnerabilidade do consumidor, é a de que o contrato deste é com a operadora de planos de saúde e qualquer pagamento será devido a ela, que deverá fazer o repasse posteriormente.
108. Desta forma, o consumidor nunca será impedido de ter acesso a uma cobertura prevista no seu plano por não ter recursos financeiros para custear-lá no momento que precisa utilizar, somente sendo cobrado por tal utilização posteriormente, através de seu boleto de pagamento.

4.5. DEFINIÇÃO DO PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO

109. A ANS definiu pela primeira vez em um normativo um limite máximo para incidência da coparticipação nos procedimentos realizados pelos consumidores.
110. Recorrente é a afirmação de que a ANS teria um entendimento consolidado de que o percentual máximo aceitável para aplicação da coparticipação seria de 30%. Contudo, como será demonstrado, esse tema nunca teve tratamento uniforme na agência ao longo do tempo e tampouco chegou a ser pacificado qualquer percentual divulgado.
111. A manifestação da ANS pela qual haveria um limite máximo de 30% para incidência de coparticipação se deu através de um Despacho proferido em 2009 (Despacho 611/2009/GGEO/DIPRO/ANS) e apenas sugere que se tenha como parâmetro o percentual máximo estabelecido pela Consulta Pública nº 24, que, na ocasião, era 30% e, como se demonstrou alhures, sequer foi mantido ao final discussão.
112. O quadro abaixo demonstrará os marcos que devem ser considerados para fins de aplicação dos entendimentos da ANS em relação ao tema:

DOCUMENTO TÉCNICO	LIMITE MÁXIMO	ANO
Consulta Pública 24 c/c Despacho 611/2009/GGEO/DIPRO/ANS	30% considerando a proposta apresentada em 2006 na CP nº 24.	Entre 2005 e 2010.
Minuta Final apresentada no âmbito da CP 24 c/c Despacho 611/2009/GGEO/DIPRO/ANS	30% podendo chegar a 60% nos planos empresariais[14]	2010-2013
Nota Técnica 43/2013/GGEP/DIPRO c/c Despacho 611/2009/GGEO/DIPRO/ANS	50%	2013-2015
Relatório Preliminar de Análise de Impacto Regulatório c/c Despacho 611/2009/GGEO/DIPRO/ANS	40%	2015-2108
RN 433/18	40% podendo chegar a 60 [15]	2018

113. Uma vez que o *Despacho 611/2009/GGEO/DIPRO/ANS* apresentou uma sugestão interpretativa para a definição do percentual máximo, que implicava em considerar como aceitável o percentual sugerido em outro documento técnico, a edição de documentos técnicos posteriores devem ser considerados para que se tenha a correta leitura do que está posto no despacho.
114. Por esta razão o mesmo Despacho acaba servindo como parte da fundamentação dos entendimentos que se seguiram.
115. Uma vez que as análises processuais eram feitas casuisticamente, não é impossível que esses marcos tenham sido aplicados equivocadamente em alguma situação. Há casos em que autos de infração lavrados pela Diretoria de Fiscalização foram anulados em razão de nova análise, realizada através do Juízo de Reconsideração do Diretor de Fiscalização ou da reanálise do processo em grau recursal, por ter desconsiderado o percentual de 30%, tendo em vista o entendimento que vigorava de até 50%.
116. Esse tipo de situação somente ocorre em um cenário de indefinição e lacuna normativa, o que gera insegurança jurídica que, em última análise, prejudica sempre o próprio beneficiário, uma vez que este componente acaba sendo precificado pela operadora nos produtos e o beneficiário/consumidor não tem segurança quanto ao máximo que lhe deveria ser cobrado.
117. Ultrapassado esse tópico, passa-se então à fundamentação técnica que definiu o limite da coparticipação em 40% (quarenta por cento).
118. Uma vez que não há uniformidade com relação a este limite, seja na doutrina ou nas experiências internacionais analisadas, o parâmetro proposto buscou fundamento no próprio histórico das discussões e em uma interpretação/aplicação razoável dos parâmetros considerados.
119. A experiência internacional demonstra que franquia e coparticipação são largamente utilizadas, hora para cofinanciar um sistema específico, público ou privado, hora para mitigar a incidência de risco moral, ou seja, evitar a utilização excessiva e desnecessária dos planos de saúde, aumentando a eficiência dos recursos alocados no setor.
120. A doutrina que trata da incidência do risco moral é robusta e vai desde os conceitos básicos trazidos pela ciência econômica até análises específicas no campo da economia da Saúde.
121. Em relação ao tema, deve ser reforçada a premissa, descrita na AIR (item 262), acerca da estipulação do limite máximo: "o percentual ou limite deverá levar em conta um valor suficientemente elevado para inibir a utilização do plano por mera conveniência (...), sem, contudo, resultar em um valor excessivo ao ponto do beneficiário entender que será mais benéfico não buscar um atendimento efetivamente necessário ou recorrer a rede pública à pagar pela coparticipação/franquia (...)"
122. Ainda, complementando os argumentos trazidos no AIR, destaca-se que a doutrina da Economia em Saúde entende a coparticipação como um instrumento válido para racionalização de custos como também demonstrado no AIR pelas citações da obra de Maria Z. Rouquayrol [16]

Para a OMS (1976), são fatores que determinam a tendência dos custos em saúde: causas demográficas, necessidade de pessoal nos serviços de saúde, qualidade nos serviços de saúde, exigências dos cidadãos, mudanças do quadro epidemiológico como consequência do desenvolvimento econômico, organização e estrutura dos sistemas de atenção sanitária e extensão da cobertura.

A redução do custo dos serviços de saúde não é, em si, um objetivo válido. O que se deve perseguir é a obtenção dos mesmos benefícios, a um custo mais baixo, ou aumentar os benefícios sem que suba o custo. Quando ambos os parâmetros são suscetíveis de alteração, é preciso que a análise de benefícios se faça junto com a análise de custo. A estabilidade dos custos dos serviços de saúde pode ser lograda por meio das seguintes medidas: (a) realizar o trabalho por meios cuja complexidade não seja superior à necessidade; (b) "combinação de recursos", segundo as circunstâncias de cada caso, dando preferência ao uso de recursos mais abundantes; (c) aproveitar, ao máximo, os recursos, evitando-se a má-utilização e procurando que se complementem entre si, sempre que seja possível; e que sirvam ao maior número de usuários; (d) economia na aquisição de certo tipo de produtos; (e) uso adequado de incentivos; (f) poder financeiro de terceiros contribuintes.

123. Nesse sentido ainda, cabe citar Medici A.C., também citado por Rouquayrol que argumenta:

(...)a Economia em saúde tem como premissa a incorporação de medidas de racionalização de custos sem produzir impactos negativos na saúde da população, aumentando a eficiência dos serviços sem reduzir a eficácia; que vem sendo apontado com frequência que hábitos de consumo excessivo dos serviços de saúde tem produzido desperdício e elevação dos custos em proporções indesejadas, pelo que se tem proposto como solução a implementação de taxas de moderação, copagamentos, franquias entre outros(...)

124. O principal estudo sobre o tema que consta do Processo de revisão da norma, foi realizado pela RAND Corporation, instituição sem fins lucrativos que realiza diversos estudos em áreas e setores diversos da economia, levando em conta a experiência americana. O "Health Insurance Experiment (HIE)", livremente traduzido como Experimento sobre Seguros de Saúde, buscou demonstrar os efeitos da incidência dos mecanismos de regulação na utilização dos planos de saúde pelos beneficiários, bem como eventuais impactos na saúde dos mesmos.

125. O que o estudo concluiu ao final é que os ganhos em saúde dos beneficiários sem coparticipação em relação aos beneficiários com coparticipação não eram significativos ao ponto de se extinguir a possibilidade de coparticipação, de modo que, contudo, seria interessante para os formuladores de políticas que se observasse o limite permitido, bem como trabalhassem com foco em determinados grupos de indivíduos para obter os melhores resultados^[17].

126. Nesse sentido, construiu-se o entendimento de que em algum momento no intervalo entre 25% e 50% o valor previsto para a coparticipação deixaria de ter a característica de desincentivar a utilização desnecessária do plano de saúde, passando a afetar sua utilização como um todo. Sob essas premissas, entendendo que tal intervalo deve ser analisado sob a lógica de uma curva, o ponto ótimo de inibição estaria entre 35% e 40%.

127. **Esse entendimento foi, então, aplicado com outras propostas tendentes a reduzir os riscos a beneficiários de grupos específicos, como a definição de um limite de exposição financeira, a existência de um elenco de procedimentos isentos, bem como a previsão de possibilitar a concessão de bônus e descontos para os beneficiários, temas já tratados nos tópicos anteriores.**

128. Ressalte-se, portanto, que o limite de 40% não é a única salvaguarda prevista na norma para o consumidor, pelo que é seguro afirmar que a RN 433/18 trouxe um grau de proteção muito maior para este.

129. Ademais, trata-se de um limite máximo, existindo inclusive uma barreira econômica para que seja usado em procedimentos de custo elevado, uma vez que os limites de cobrança previstos na norma impediriam a cobrança de eventuais valores que os ultrapassasse.

130. Os limites, portanto, exercem papel de nortear a definição dos percentuais de coparticipação incidentes para cada procedimento, incidindo percentuais maiores em procedimentos menos custosos, reduzindo os impactos para o consumidor.

4.5.1. PREVISÃO DE EXCEPCIONALIZAÇÃO DOS LIMITES POR ACORDOS E CONVENÇÕES TRABALHISTAS

131. Para manter uma maior margem negocial e a possibilidade de oferecimento de produtos com contraprestações menores e coparticipações maiores, que se adequam a determinado perfil das diversas realidades de contratantes de planos privados de assistência à saúde, mormente daqueles que contratam planos coletivos empresariais, a ANS admitiu uma exceção em relação ao limite percentual de 40%, que consiste na hipótese de haver acordos ou convenções coletivas de trabalho, firmados conforme previstos na legislação trabalhista.

132. Para estas hipóteses em que são firmados acordos ou convenções coletivas, entende-se que os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais, que são firmados entre partes juridicamente equivalentes, cujo poder de negociação é equilibrado e amparado por um arcabouço legal robusto e já sedimentado na sociedade brasileira, qual seja a legislação trabalhista, é possível prever maior grau de flexibilidade na formatação dos produtos e contratos que atendem a este tipo de consumidor qualificado de plano de saúde.

133. Acrescenta-se, ainda, que os acordos e convenções deverão, necessariamente, observar o disposto na Constituição Federal, sendo razoável entender que os trabalhadores estão protegidos de eventuais negociações que lhes tragam prejuízos, uma vez que, em acontecendo, o(s) sindicato(s) estará(ão) agindo em desacordo com suas premissas constitucionais, não podendo prevalecer acordo ou convenção coletiva firmados.

134. Dessa forma incluiu-se um dispositivo em que se permite que as estipulações de limites e regras livremente negociadas, permitindo-se coparticipação majorada em até 50%, tendo como referencial os limites dispostos na norma.

135. Ressalta-se que conforme demonstrado na tabela do item IV.5, previsão semelhante já havia sido feita pela ANS em 2010, com a possibilidade de aumentar em 100% o limite de 30% previsto nas hipóteses de planos empresariais em que o consumidor/empregado arcasse tão somente com a parcela relativa ao pagamento da coparticipação e/ou franquia, o que reduziria o efetivo impacto financeiro sofrido por este.

136. Por exemplo: Em uma negociação os sindicatos podem definir que, na intenção de estender e melhorar o benefício aos trabalhadores que não são abrangidos, passarão a adotar coparticipações de até 50% e assim permitir que novos consumidores sejam incluídos em um plano empresarial sem extrapolar o orçamento de uma empresa. Ao contrário, uma empresa, para viabilizar a manutenção do plano de saúde para seus empregados, pode se valer de negociação com os sindicatos para majorar os limites e, desta forma, manter o plano de saúde de seus empregados, que, sem a flexibilização, teriam que ser cortados.

5. PARECER DA PROCURADORIA QUE ATUA JUNTO À ANS

137. Primordial ressaltar que a proposição normativa que resultou na RN 433/18 passou por análise jurídica da PROGE – Procuradoria Federal da Advocacia Geral da União, com atuação junto à ANS, em duas ocasiões distintas, tendo sido adequada conforme as orientações jurídicas feitas.

138. Embora também existam afirmações de que a ANS estaria ignorando entendimentos da Procuradoria, considerando Parecer exarado em 2012, o ponto de discordância foi novamente analisado durante o processo normativo em questão e o entendimento revisto, tendo sido verificada a viabilidade jurídica de estabelecimento de franquia que configure o custeio integral pelo consumidor de um procedimento isoladamente considerado e que a vedação legal ao pagamento integral pode se referir ao custeio da assistência à saúde como um todo.

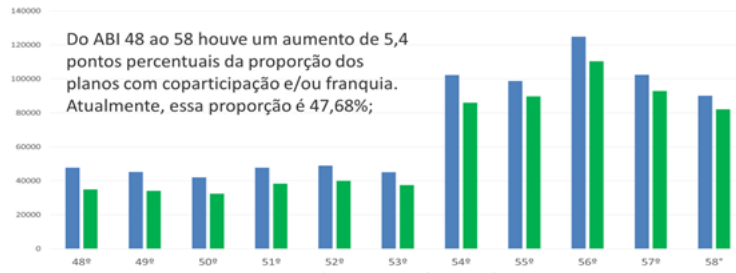
139. O entendimento que prevaleceu para a edição da norma, além de estar juridicamente amparado pela manifestação da Procuradoria, protege os consumidores quanto ao acesso às coberturas assistenciais previstas na regulação setorial, não lhes acarretando, portanto, qualquer prejuízo, pois prevê, agora, limites e um teto máximo para que seja possível a aplicação dos mecanismos financeiros de regulação (coparticipação e franquia), conforme explicado acima.

6. IMPACTOS PARA O SUS

140. Conforme exposto no Relatório de Análise de Impacto Regulatório, o quantitativo de beneficiários detectados pelo Ressarcimento que possuem planos com fatores moderadores (coparticipação e/ou franquia) está em curva ascendente e a proporção entre a quantidade de atendimentos detectados para consumidores deste tipo de plano é próxima a 50%

Total dos atendimentos identificados com Coparticipação e/ou Franquia (ABI 48-58)

Dos **1.473.455** atendimentos identificados **678.226** representam **Coparticipação e/ou Franquia**



ABI	48ª	49ª	50ª	51ª	52ª	53ª	54ª	55ª	56ª	57ª	58ª
PROPORÇÃO	42,25%	43,05%	43,48%	44,55%	44,94%	45,40%	45,65%	47,60%	46,93%	47,54%	47,68%



141. Vale destacar que o ABI nº 58 foi lançado pela ANS no final de 2016, considerando atendimentos ocorridos no ano de 2015. Conforme demonstrado em gráfico no início dessa nota, em abril de 2015 o percentual de beneficiários com coparticipação/franquia em seus planos era de 48,5%, menos de um ponto percentual acima da proporção alcançada no ressarcimento, o que denota que a procura por atendimentos no SUS não é substancialmente afetada pelos fatores moderadores.

142. Neste aspecto, uma vez que a RN 433/18 é mais protetiva para o consumidor, não é esperado que a utilização do SUS aumente. Ao contrário, é possível que seja reduzido, tendo em vista que, dentre os procedimentos mais detectados pela Gerência de Ressarcimento ao SUS da ANS, diversos estão inseridos no elenco de isenções da norma, ou seja, potencialmente deixarão de ser realizados pelo Sistema Único de Saúde:

20 Procedimentos com maiores diferenças na identificação (ABI 48-58)

Procedimento Principal	Demais atendimentos	Coparticipação e/ou Franquia	Total sem coparticipação e/ou Franquia	Total com coparticipação e/ou Franquia	Total	Diferença
HISTIOCITOMIA DO CARCINOMA DE MAMA RECEPTOR POSITIVO EM ESTADIO I CLINICO-PATOLOGICO	47,42%	52,57%	27.533	30.520	58.053	3.987
INTERCAO P/ QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRACAO CONTINUA	44,72%	55,28%	2.870	3.472	6.342	702
QUIMIOTERAPIA DE DOENCA MIELOPROLIFERATIVA RAJA (1ª LINHA)	44,23%	51,73%	4.532	6.999	11.531	467
QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA MIELOIDE CRONICA EM FASE DE TRANSFORMACAO MARCADOR POSITIVO - 1ª LINHA	26,33%	69,67%	811	1.291	2.102	480
TRATAMENTO DA PILELOFRIE	46,81%	53,19%	3.186	3.420	6.606	434
QUIMIOTERAPIA DE DOENCA MIELOPROLIFERATIVA RAJA (2ª LINHA)	45,85%	54,15%	1.884	2.255	4.139	361
TRATAMENTO DE CALCULOSE RENAL	45,92%	54,08%	1.137	1.339	2.476	202
TRATAMENTO CIRURGICO EM POSTURAMENTOS	47,31%	52,69%	1.840	2.033	3.873	193
QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE DE TRANSFORMACAO MARCADOR POSITIVO - COM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA)	38,09%	60,91%	342	533	875	191
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	43,08%	56,92%	582	799	1.381	187
TRATAMENTO DE DENGUE CLASSICA	47,17%	52,83%	1.325	1.484	2.809	159
QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO ESTADIO IV OU DOENCA RECIDIVADA (1ª LINHA)	43,81%	56,19%	506	649	1.155	143
QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE CRONICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA	47,65%	52,35%	1.402	1.540	2.942	138
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	48,77%	51,23%	2.708	2.863	5.589	137
QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVARIO OU DA TUBA UTERINA - ESTADIO IV OU RECIDIVA (2ª LINHA)	41,46%	58,54%	513	417	930	43%
INTERFERENCIA POS-TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONGO HEMATOPOETICAS HOSPITAL-DIA	38,55%	61,45%	182	306	488	114
QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO II CLINICO OU PATOLOGICO SEM LINFONODOS AXILARES ACOMETIDOS	48,46%	51,54%	1.742	1.853	3.595	111
ENXERTO E INJECAO COM PLASTICA EM 2ª VELA POR TUMOR	28,07%	69,93%	193	201	394	100
TRATAMENTO CLINICO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ALCOOL	41,16%	58,84%	343	348	691	104
TRATAMENTO CLINICO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE CIGARRO	31,84%	68,16%	84	119	203	95

Destaca-se a presença de **procedimentos quimioterápicos**.



7. MONITORAMENTO

- 143. Outro ponto já destacado diz respeito às premissas da boa regulação de acompanhamento dos atos normativos postos.
- 144. Neste sentido, a RN nº 433/2018 trouxe uma série de informações que passarão a ser obrigatórias por parte da operadora, seja em relação aos beneficiários, seja em relação à própria ANS.
- 145. Ademais, é necessário ressaltar que desde 2014 há obrigatoriedade de as operadoras informarem para a ANS todos os dados assistenciais de seus beneficiários, o que permite a esta Agência Reguladora verificar a frequência de utilização, valores despendidos entre outras informações essenciais para o monitoramento dos resultados alcançados pela norma.
- 146. Trata-se do PADRÃO TISS, que atualmente recebe os dados assistenciais de forma individualizada para 124 procedimentos listados no elenco de isenções, estando em processo de se individualizar os demais 169 procedimentos para que seja possível monitorar a frequência de utilização e a economia proporcionada aos consumidores.
- 147. A ANS ainda busca implementar a obrigatoriedade de as operadoras informarem o preço de comercialização de seus produtos para que este acompanhamento seja feito também sob este aspecto, para, a partir daí, avaliar o impacto das medidas no preço pago pelo consumidor de planos de saúde.
- 148. Será extremamente importante a análise do preço de comercialização dos planos de saúde após a vigência da norma, uma vez que será determinante para que a ANS eventualmente reveja alguns critérios impostos, flexibilizando ou restringindo-os, conforme a curva de preço se apresente.
- 149. O monitoramento também será feito com a intenção de se acompanhar os efeitos da norma para os consumidores. Serão avaliadas questões como a utilização no SUS, quando serão confrontados os dados de ressarcimento de períodos anteriores a norma com os dados de períodos posteriores, separando por produtos, uma vez que coexistirão produtos regulamentados pela CONSU 08/98 e RN 433/18.
- 150. Analisar-se-á a eventual redução de utilização dos procedimentos ocasionados pela nova regra, confrontando-se utilização nos planos com coparticipação já registrados com os planos registrados após a vigência da RN 433/18.
- 151. Uma vez que já existe um grande grupo de consumidores (mais de 50%) em planos com coparticipação e/ou franquia, será possível avaliar os efeitos da nova norma em relação a estes, sendo mais correto que a comparação com os consumidores em planos sem coparticipação e/ou franquia.
- 152. Somente após realizar a análise dos dados dos consumidores vinculados aos planos regulados pela CONSU 08/98 e pela RN 433/18 será possível comparar o impacto da nova norma em relação aos consumidores sem coparticipação e/ou franquia.
- 153. Visa-se, dado o estabelecimento de isenções e limites, monitorar se a redução na utilização do plano pelos consumidores de planos regulados pela RN 433/18 será efetivamente menor, como se espera, que a observada em relação aos consumidores de planos regulados pela Resolução CONSU 08/98.
- 154. Alguns dos parâmetros de monitoramento poderão ser aferidos quase que imediatamente após a vigência da norma, outros, no entanto, demandarão uma análise histórica ou mesmo um tempo extra para obtenção de dados, mormente quando referentes ao Ressarcimento ao SUS, uma vez que,

por questões técnicas, a ANS só terá dados do período de 2019 em meados de 2020.

155. O primeiro relatório de monitoramento, no entanto, deverá ser elaborado após 2 anos de vigência da norma.

8. CONCLUSÃO

156. Como demonstrado ao longo desta nota técnica, a ANS discutiu, debateu e aprofundou os estudos sobre o tema durante mais de uma década, tendo incorporado na norma publicada propostas que foram amplamente debatidas internamente com os servidores e com a sociedade.

157. Os planos com coparticipação e/ou franquia, que em 2007 representavam 22% do total de beneficiários da saúde suplementar, em abril de 2018 já representam mais de 52%, em curva crescente contínua.

158. A Resolução CONSU nº 08/98 foi publicada em 1998, antes mesmo da criação da ANS, e continha diversos conceitos indeterminados que geravam insegurança para os consumidores, além de não estabelecer limites, regras e tetos de cobrança de coparticipação e franquia, tampouco exigir que estas cobranças fossem feitas com máxima transparência, inclusive com a disponibilização obrigatória de um extrato de utilização aos consumidores.

159. Na avaliação da ANS ao longo de todo o período de discussões, fazia-se necessária a inclusão de normas protetivas aos consumidores, o que restou consignada na RN nº 433/2018.

160. Ao longo das discussões foram sendo incluídas diversas medidas, como o elenco de procedimentos isentos de coparticipação e franquia; a previsão de limites percentuais de incidência de coparticipação; previsão de limites máximos de exposição financeira, entendendo-se estes como os valores máximos a serem custeados pelos consumidores em um mês e um ano.

161. A RN 433/18 compilou as discussões pretéritas e consiste, sobretudo, em uma norma protetiva para o consumidor, com a inclusão dos pontos citados no parágrafo anterior.

162. Em comparação com a Resolução CONSU 08/98, a RN 433/18 previu pela primeira vez os limites:

- a) percentual máximo para cobrança de coparticipação, que antes variavam conforme entendimentos vigentes na casa, tendo oscilado entre 30 e 50% e, mais recentemente, fixado em 40%;
- b) de cobrança mensal, sendo o valor máximo que um consumidor pode ter que desembolsar em um mês para custear seu plano de saúde, limite este que, se ultrapassado, pode ter seu pagamento diluído para reduzir o impacto no orçamento do consumidor;
- c) de exposição financeira anual, que é o valor máximo que um beneficiário pode ter que custear em um único ano e que não pode ser acumulado para o ano seguinte;
- d) para cobrança em procedimentos realizados em pronto socorro e sob regime de internação, sendo certo que para o primeiro não havia qualquer limitação na Resolução CONSU 08/98 e para a segunda somente havia determinação sobre a necessidade de estar previsto em valor monetário fixo, sem previsão de um limite;

163. Também em comparação com a Resolução CONSU 08/98, a RN 433/18 incluiu um elenco de procedimentos com isenção de coparticipação e/ou franquia, o que afasta a incidência em diversos procedimentos, dentre os quais incluem-se hemodiálise, quimioterapia, radioterapia e medicamentos imunobiológicos, para os quais a CONSU 8/98 previa a possibilidade de incidência de coparticipação e franquia.

164. A análise das informações atualmente existentes demonstra que o impacto da RN 433/18, em função da isenção de alguns procedimentos muito demandados na rede pública, tenderá a reduzir o impacto da Saúde Suplementar para o SUS.

165. Na esteira das modernas práticas regulatórias, a ANS realizará o monitoramento sobre os efeitos da RN 433/18 e realizará adequações que se mostrem necessárias.

166. Por fim, ressalta-se:

- a) a ANS não criou qualquer novo mecanismo financeiro de regulação, tampouco qualquer novo produto para o setor de saúde suplementar. Coparticipação e Franquia estão presentes e são comercializados desde o advento da Lei 9656/98;
- b) a RN 433/18 será aplicada aos produtos registrados após sua vigência, não impactando produtos já comercializados;
- c) a contratação de produtos com coparticipação e/ou franquia é opcional ao consumidor, e não obrigatória/compulsória;
- d) os limites previstos são tetos para a cobrança e não valores fixos estabelecidos pela ANS, podendo ser reduzidos pela negociação das partes ou mesmo pela opção comercial da operadora. O que a ANS fez foi implementar um limite antes inexistente.

167. Prestados os esclarecimentos acima, a ANS reafirma seu compromisso de estrita observância do interesse público, especialmente no que concerne à defesa dos consumidores, tendo publicado um normativo cuja principal característica é a garantia de previsibilidade, segurança e proteção destes.

[1] Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-coparticipacao-e-franquia-interareas>

[2] Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-60-mecanismos-financeiros-de-regulacao-coparticipacao-e-franquia>

[3] Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp60/Anlise-de-AIR.pdf

[4] Collins, Sara R. et Al. The Problem of Under Insurance and How Rising Deductibles Will Make It Worse - Findings From the Commonwealth Fund Biennial Insurance Survey 2014 in <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2>

[5] Sanger-Katz, Margot. The Big Problem With High Health-care Deductibles in https://www.nytimes.com/2016/02/07/upshot/the-big-problem-with-high-health-care-deductibles.html?_r=0

[6] Valor Moda conforme dados coletados pelo PADRÃO TISS, para o ano 2017

[7] Preço moda – valor mais comumente informado através do TISS ano 2017

[8] Preço moda – valor mais comumente informado através do TISS ano 2017

[9] Preço médio informado no D-TISS ano 2016

[10] Preço médio informado no D-TISS ano 2016

[11] Preço moda – valor mais comumente informado através do TISS ano 2017

[12] Valores anuais aproximados extraídos do MAPA Assistencial da ANS, sendo o produto das Despesas Assistenciais com Internações sobre a quantidade de eventos de internação informados para o ano de 2017

[13] Valores anuais aproximados extraídos do Painel de Precificação ANS para o ano de 2016 pela multiplicação do valor médio x a frequência de utilização.

[14] Nas hipóteses em que o consumidor não arcaasse com a mensalidade, custeando apenas a utilização.

[15] Em havendo acordo ou convenção coletiva firmado entre sindicatos e empresas, conforme será melhor explicado no item IV.5.1

[16] Vide AIR, página 8 e seguintes

[17] Vide AIR, item IV.6, página 73



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo de Barros Macieira**, Gerente de Assessoramento Normativo e Contratualização com Prestadores, em 13/07/2018, às 13:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RODRIGO RODRIGUES DE AGUIAR**, Diretor(a) de Desenvolvimento Setorial, em 13/07/2018, às 15:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **7672053** e o código CRC **9E2281AF**.

