

PROCESSO Nº: 33910.000554/2017-50

NOTA TÉCNICA Nº 1/2018/COJUN/GAJCP/DIRAD-DIDES/DIDES

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

1. ASSUNTO

Nota Complementar sobre a proposta de normativo sobre Mecanismos Financeiros de Regulação.

2. INTRODUÇÃO

Esta nota complementar presta-se a incorporar na proposta de normativo sobre Mecanismos Financeiros de Regulação as sugestões apresentadas pelos Diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, durante a 479ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada, realizada em 15 de dezembro de 2017, bem como discussões supervenientes ocorridas no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Tais pontos serão tratados em tópicos específicos, com a devida fundamentação acerca da inclusão, adequação ou manutenção do texto da proposta original. A fim de facilitar a análise pela Diretoria Colegiada, encontra-se anexo à essa Nota um quadro resumo com os apontamentos e alterações realizadas.

3. DAS ALTERAÇÕES/ADEQUAÇÕES PROPOSTAS

3.1. Inclusão da observância às regras da Resolução Normativa - RN nº 259/11 nos casos de procedimentos isentos:

O art. 4º, apresentado para a Diretoria Colegiada, trazia a seguinte redação:

Art. 4º Para conceder a isenção a que se refere o art. 3º desta norma, as operadoras de planos de saúde poderão se valer de mecanismos de regulação assistencial para gerenciar a demanda por serviços na forma prevista em contrato.

§1º Nos casos em que os contratos de planos privados de assistência à saúde não contiverem disposições acerca da aplicação de mecanismos de regulação assistencial, como direcionamento, referenciamento, porta de entrada ou hierarquização de acesso, a isenção a que se refere o art. 3º desta norma poderá ser condicionada à indicação, pela operadora, do prestador de serviços de saúde que realizará o procedimento.

§2º Quando a operadora não indicar um prestador específico para realização de procedimento ou serviço de saúde isento de cobrança de mecanismo financeiro de regulação, o beneficiário poderá se utilizar de qualquer prestador da rede credenciada, referenciada ou cooperada ou, nos contratos em que haja previsão de livre escolha, acessar prestador fora da rede de prestadores da operadora, mantendo-se a isenção quanto à incidência dos mecanismos financeiros de regulação.

A Diretoria Colegiada apresentou fundada preocupação acerca da forma como seria disponibilizada a rede de prestadores que realizariam os procedimentos com as isenções previstas na norma, sobretudo pela possibilidade de serem indicados prestadores em um prazo não razoável e em local de difícil acesso para os beneficiários, razão pela qual sugeriu-se vinculação da previsão aos critérios trazidos pela Resolução Normativa - RN 259/11, embora, em geral, a melhor hermenêutica jurídica assevere que a análise dos normativos deve ser feita de forma sistêmica, tendo em vista que as normas jurídica são unas e indivisíveis, de modo que o arcabouço regulatório que deve ser conjuntamente interpretado como um grande sistema em harmonia.

Pedro Lenza, em sua obra, assim esclarece:

Apesar de colocarmos o Direito Constitucional dentro do ramo do direito público (fundamental), devemos alertar o leitor que, modernamente, vem sendo dito que o direito é uno e indivisível, indecomponível. O direito deve ser definido e estudado como um grande sistema, em que tudo se harmoniza no conjunto. A divisão em ramos do direito é meramente didática, a fim de facilitar o entendimento da matéria, vale dizer: questão de conveniência acadêmica. (LENZA, 2012, pág. 53).

Por conseguinte, para contemplar as sugestões feitas pela Diretoria Colegiada, propõem-se a alteração do § 2º remetendo às regras da Resolução Normativa - RN 259/11.

§2º. Para indicação do prestador conforme previsto no caput e no §1º deste artigo, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos listados no anexo desta norma.

§3º Ultrapassados os prazos previstos no §2º sem que a operadora tenha indicado um prestador ao beneficiário, este poderá realizar o procedimento específico, com isenção de franquia ou coparticipação, em qualquer prestador de sua rede credenciada, referenciada ou contratada, sem prejuízo das penalidades cabíveis à operadora.

Busca-se, com a previsão, garantir que os beneficiários não enfrentem obstáculos para obtenção de coberturas com as isenções previstas e, com isso, deixem de ser beneficiados pelas disposições da norma, recomendando-se, ainda, a inclusão do seguinte parágrafo para normatizar as hipóteses em que a operadora deixar de indicar a rede para o beneficiário:

3.2. Estabelecer valores fixos e únicos de mecanismos financeiros de regulação nos atendimentos em pronto-socorro e internação e estipular limite máximo, com base nos limites mensais, para valores cobrados em atendimentos em pronto-socorro. Estabelecimento de regra para incidência de coparticipação quando da realização de procedimento em regime de Hospital-dia.

A proposta apresentada continha a seguinte redação:

Art. 8º As internações e os atendimentos em pronto socorro serão entendidos, para fins desta norma, como evento único, sobre os quais incidirá um único valor a título de mecanismo financeiro de regulação por acesso, observadas as disposições específicas previstas no capítulo III desta resolução."

Os debates havidos na Reunião da Diretoria Colegiada direcionaram para a previsão de um valor fixo para procedimentos realizados em Pronto-Socorro, tendo em vista que a ANS não deve desencorajar a utilização necessária dos serviços de pronto-atendimento aos beneficiários da saúde suplementar.

Como exposto no Relatório de Análise de Impacto Regulatório há uma tendência de sobreutilização dos serviços prestados em pronto-socorro, o que é confirmado pelo Mapa Assistencial editado pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

TABELA 1 – CONSULTAS MÉDICAS

	2014		2015		2016	
	1º. Sem.	2º. Sem.	1º. Sem.	2º. Sem.	1º. Sem.	2º. Sem.
Consultas médicas	133.403.928	137.458.282	134.536.758	132.124.257	137.206.032	135.778.840
Consultas médicas ambulatoriais	104.114.786	107.933.334	104.113.372	107.448.981	107.540.533	108.862.331
Consultas médicas em Pronto Socorro	29.289.142	29.524.948	30.423.386	24.675.276	29.665.499	26.916.509

Fonte: SIP/ANS/MS, 03/2017.
Nota: Estes dados coletados do SIP estão disponíveis em planilha Excel, por modalidade de operadora, para download no portal da ANS na Internet.

O percentual das consultas realizadas em pronto-socorro em comparação com o total de consultas realizadas no sistema de saúde suplementar, no período observado pelo Mapa Assistencial, oscilou entre 18,67% no segundo semestre de 2015 a 22,61% no primeiro semestre do mesmo ano^[1].

A ANS adota como parâmetro desejável um percentual entre 5% e 20%, de acordo com Nota 137/2017/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS^[2].

O que se buscou fazer para atender sugestão da Diretoria Colegiada foi estabelecer um valor fixo e único para todos os procedimentos e eventos em saúde praticados nesses regimes. Ainda, deve ser ressaltado que a redação foi aprimorada de forma a definir melhor internação e atendimento em pronto-socorro.

Sobre a coparticipação e franquia incidindo em internações, pondera-se que, após reunião realizada com Defensoria Pública do Rio de Janeiro - DPRJ, Defensoria Pública da União - DPU, Ministério Público Estadual do RJ - MPRJ e Ministério Público Federal - MPF, a DIDES reconsiderou sua proposta de permitir cobranças em valores percentuais.

Em que pese os beneficiários estarem amparados pelos limites de exposição financeira, a previsão de pagamento percentual nestes casos ainda carrega significativo grau de imprevisibilidade, na medida em que se propõe o parcelamento dos valores excedentes para os meses subsequentes, desde que respeitado o limite anual previsto. Dessa forma, uma internação poderia acabar impactando o beneficiário por todo o período previsto para aferição do limite de exposição financeira anual.

Buscando garantir uma maior previsibilidade e equidade na previsão normativa, recomenda-se adotar como parâmetro para internações o mesmo limite de exposição financeira mensal, ou seja, supondo-se que a mensalidade paga pelo beneficiário é de R\$ 500,00 (quinhentos reais), o valor fixo a ser cobrado por coparticipação ou franquia junto ao beneficiário não poderá ultrapassar R\$ 500,00 (quinhentos reais).

Recomenda-se, por fim, delimitar na norma o que seria um atendimento em regime de internação para sanar dúvida possível em relação aos procedimentos realizados em regime de hospital-dia, pelo que foi inserido o §3º.

Por isso se propõe a seguinte redação:

"Art. 8º Os mecanismos financeiros de regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os serviços e procedimentos realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:

I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º desta norma; e

II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º desta norma.

§1º Nos casos do inciso I, poderá ser cobrado valor distinto para atendimentos realizados em unidades de pronto-socorro cuja consulta seja realizada por médico generalista, daquela realizada por médico especialistas, conforme previsto em contrato.

§2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos mecanismos de regulação financeiro incidente sobre esta última.

§3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em uma internação do beneficiário, bem como atendimentos realizados em regime de hospital-dia, desde que para realização de procedimento previsto dentro das coberturas obrigatórias para a segmentação hospitalar, do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS."

[1] Utilizou-se o Mapa Assistencial por ser uma publicação oficial da ANS, disponibilizada através de seu site institucional, contudo, em extração de dados do sistema TISS o percentual para o ano de 2016 é de 21,64%.

[2] Acessada em 26/12/2017 através do endereço eletrônico http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/moa/2017_fichas_tecnicas_novo_risco_assistencial_versao_corrigida_portaria_1631_2015.pdf

"Art. 8º Nas hipóteses em que a assistência à saúde dos beneficiários for realizada em pronto socorro, bem como nos casos em que o atendimento se der em regime de internação, os mecanismos financeiros de regulação serão aplicados apenas em valor monetário fixo e único, contemplando todos os serviços e procedimentos realizados no evento, observando-se, ainda, o seguinte:

I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º desta norma; e

II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º desta norma.

§1º Nos casos do inciso I, poderá ser cobrado valor distinto para atendimentos realizados em unidades de pronto-socorro cuja consulta seja realizada por médico generalista, daquela realizada por médico especialistas, conforme previsto em contrato.

§2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo ao mecanismos de regulação financeiro incidente sobre esta última."

3.3. Alteração do percentual máximo de coparticipação de 40% para 30%:

Foi sugerido pela Diretoria Colegiada a revisão do percentual máximo de coparticipação previsto pela norma, considerando que a ANS vinha adotando entendimento de que existiria um limite, ainda que não expressamente previsto pela Resolução CONSU nº 08/98, de 30%.

Considerando já se tratar de percentual considerado como referência pela diretoria de fiscalização da ANS, opta-se pela definição do percentual máximo de coparticipação em 30% (trinta por cento), de forma a manter a coerência regulatória.

Destaca-se que a presente revisão do percentual máximo para coparticipação também foi solicitada em reunião com representantes da DPRJ, DPU, MPRJ e MPF.

Neste contexto, acatando sugestão proposta pela Diretoria Colegiada, propõe-se nova redação para o §2º, do artigo 9º, que seria alterada de:

"§2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 40% (quarenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação."

Para:

"§2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação."

3.4. Previsão de excepcionalização dos limites por acordos e convenções trabalhistas:

Ainda, 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, sugeriu a DICOL que se excepcione o percentual na hipótese de haver acordos ou convenções coletivas de trabalho, firmados conforme previstos na legislação trabalhista.

O Decreto-Lei nº 5.452/43 estabeleceu a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, contendo a seguinte previsão:

"Art. 611 - Convenção Coletiva de Trabalho é o acôrdo de caráter normativo, pelo qual dois ou mais Sindicatos representativos de categorias econômicas e profissionais estipulam condições de trabalho aplicáveis, no âmbito das respectivas representações, às relações individuais de trabalho.

§ 1º É facultado aos Sindicatos representativos de categorias profissionais celebrar Acordos Coletivos com uma ou mais empresas da correspondente categoria econômica, que estipulem condições de trabalho, aplicáveis no âmbito da empresa ou das acordantes respectivas relações de trabalho.

§ 2º As Federações e, na falta desta, as Confederações representativas de categorias econômicas ou profissionais poderão celebrar convenções coletivas de trabalho para reger as relações das categorias a elas vinculadas, inorganizadas em Sindicatos, no âmbito de suas representações."

Recente alteração legislativa, implementa por Medida Provisória, trouxe a seguinte redação para o Art. 611-A:

"Art. 611-A. A convenção coletiva e o acordo coletivo de trabalho, observados os incisos III e VI do caput do art. 8º da Constituição, têm prevalência sobre a lei quando, entre outros, dispuserem sobre: (Redação dada pela Medida Provisória nº 808, de 2017)"

Dessa forma, tendo em vista os fundamentos legais colacionados, e considerando que o previsto no art. 611-A supracitado não se configura como exaustivo; bem como que o benefício de plano de saúde aos empregados de uma empresa é geralmente concedido a partir das disposições dos acordos ou convenções coletivas de trabalho, entende-se que os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais 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.

Acrescenta-se, ainda, que a Medida Provisória que alterou o art. 611-A dispõe, no caput do artigo, a previsão de que os acordos e convenções deverão, necessariamente, observar o disposto na Constituição Federal, sobretudo os dispositivos abaixo transcritos:

"Art. 8º É livre a associação profissional ou sindical, observado o seguinte:

(...)

III - ao sindicato cabe a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas;

IV - a assembléia geral fixará a contribuição que, em se tratando de categoria profissional, será descontada em folha, para custeio do sistema confederativo da representação sindical respectiva, independentemente da contribuição prevista em lei;"

É razoável entender que os trabalhadores estão protegidos de eventuais negociações que lhes tragam prejuízos, uma vez que, em acontecendo, o sindicato estará agindo em desacordo com suas premissas constitucionais, não podendo prevalecer acordo ou convenção coletiva firmados.

Dessa forma, propõe-se a inclusão de mais um dispositivo nas disposições finais da Resolução Normativa de modo a firmar que as estipulações de limites e regras podem ser negociadas,

permitindo-se coparticipação majorada em até 50%, tendo como referencial:

- a. Acréscimo de 50% em relação aos 30% de percentual máximo de Coparticipação permitido pela regra geral, perfazendo-se o limite de 45% para estes casos;
- b. o valor base mensal, correspondendo a 100% da mensalidade, acrescido de 50%, podendo chegar a 150% da contraprestação base;
- c. limite anual podendo chegar ao valor correspondente a 18 (dezoito) contraprestações pecuniárias base. 12 (doze) da regra geral mais 50%.

"Art. 11. Os limites fixados nos artigos 5º e no §2º do art. 9º desta norma poderão ser majorados em até 50% por acordos ou convenções coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista."

Observa-se que tal medida se coaduna com a modernização da legislação trabalhista recentemente promovida, a qual visou fortalecer o caráter negocial das relações laborais, além de não se afastar de toda a fundamentação construída pela ANS para fundamentar as regras sobre reajustes em planos coletivos, nos quais adota-se um posicionamento regulatório que reconhece a paridade de forças negociais entre os agentes contratantes.

3.5. Regulamentar de forma clara a transição entre limites financeiros anuais e eventuais resíduos de débitos ainda não cobrados e previsão expressa sobre a impossibilidade de cobrança do que passar do limite financeiro anual:

Cumpra-se prestar um esclarecimento sobre essas disposições, uma vez que elas se propõem a evitar que eventual limite não atingido no mês ou ano anterior se acumule, somando-se ao do mês seguinte, por exemplo:

Exemplo 1:

- Limite mensal = R\$ 500,00 (que é igual ao valor da contraprestação mensal daquele beneficiário);
- Valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do plano = R\$ 100,00
- Valor cobrado no mês subsequente = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 100,00 (mecanismo financeiro de regulação) = R\$ 600,00;
- Limite mensal do mês subsequente = R\$ 500,00, ou seja, **NÃO PODERÁ SER** R\$ 500,00 + R\$ 400,00, que teoricamente teria se acumulado no mês anterior. **SERÁ NECESSARIAMENTE** de R\$ 500,00.

Exemplo 2:

- Limite mensal = R\$ 500,00 (que é igual ao valor da contraprestação mensal daquele beneficiário);
- Valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do plano = R\$ 600,00;
- Valor cobrado no mês subsequente = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 500,00 (mecanismo financeiro de regulação limitado ao limite de exposição financeira mensal) = R\$ 1.000,00
- Valor cobrado no mês posterior = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 100,00 (pendência relativa ao mecanismo financeiro de regulação incidente em mês anterior) = R\$ 600,00

Exemplo 3:

- Limite mensal = R\$ 500,00 (que é igual ao valor da contraprestação mensal daquele beneficiário);
- Valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do plano no mês # 01 = R\$ 1.100,00;
- Valor cobrado no mês #2 = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 500,00 (mecanismo financeiro de regulação limitado ao limite de exposição financeira mensal) = R\$ 1.000,00
- Valor cobrado no mês subsequente #3 = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 500,00 (pendência relativa ao mecanismo financeiro de regulação incidente em mês anterior) = R\$ 1.000,00
- Valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do plano no mês # 03 = R\$ 100,00;
- Valor cobrado no mês #4 = R\$ 500,00 (contraprestação)
- Valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do plano no mês # 04 = R\$ 70,00;
- Valor cobrado no mês #4 = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 100,00 (pendência relativa ao mecanismo financeiro de regulação incidente no mês # 01) + R\$ 100,00 (pendência relativa ao mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização no mês #3 + R\$ 70,00 (valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do planos no mês #4 = R\$ 770,00;
- Demais prestações, considerando a não utilização do Plano de Saúde em procedimentos com coparticipação = R\$ 500,00.

Contudo, verifica-se que a dúvida trazida pela DICOL é fundada na ausência de clareza na norma sobre a impossibilidade de cobrar valores que ultrapassem o limite anual no ano seguinte e consequente extinção dos débitos referentes à coparticipação ou à franquia ainda não cobrados.

Analisando-se o tema, verificou-se a necessidade de se incluir previsão específica na norma acerca desta problemática, uma vez que o processo de cobrança/faturamento dos serviços prestados pode não se dar dentro do exercício. Ademais, com intuito de reduzir os efeitos de eventual comportamento oportunista que poderia ocorrer, com a utilização de todos os serviços necessários no último mês do ano para o contrato, o que, além de gerar prejuízo para a operadora afetará a própria saúde do beneficiário, passa-se a propor a seguinte redação ao artigo 5º, mantendo-se o §2º e incluindo novos §§ 3º, 4º e 5º e renumerando o atual §3º como §6º:

§3º Para fins de observância do limite de exposição financeira anual, considerar-se-ão os procedimentos, serviços e/ou eventos efetivamente realizados dentro do respectivo período anual, sobre os quais incidiram mecanismos financeiros de regulação.

§4º A cobrança dos mecanismos financeiros de regulação que incidiram no período limite de exposição financeira anual poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite

de exposição financeiro mensal.

§5º Ultrapassado o Limite de Exposição anual, os custos referentes à efetiva utilização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedente no ano subsequente.

Exemplo 4:

- Limite mensal até o mês de abril correspondendo a contraprestação pecuniária base = R\$ 500,00;
- Limite Mensal a partir do mês de maio + R\$ 550,00 (considerando reajuste anual aplicado)
- Limite anual = R\$ 6.000,00 (que é a multiplicação da contraprestação pecuniária base por 12);

DETALHAMENTO DA UTILIZAÇÃO:

	Contraprestação Pecuniária	Utilização (R\$)	Utilização (Soma) (R\$)	Valor a ser pago pelo beneficiário (R\$)
Janeiro	500	500	500	1000
Fevereiro	500	500	1000	1000
Março	500	500	1500	1000
Abril	500	500	2000	1000
Maiο	550	550	2550	1100
Junho	550	550	3100	1100
Julho	550	550	3650	1100
Agosto	550	550	4200	1100
Setembro	550	550	4800	1100
Outubro	550	550	5350	1100
Novembro	550	550	5900	1100
Dezembro	550	550	6450	650*

- Limite Mensal no mês de janeiro do ano subsequente R\$ 550,00;

- Limite anual = R\$ 6.600,00 (que é a multiplicação da contraprestação pecuniária base por 12, que no ano #2 corresponde a contraprestação após o reajuste aplicado a partir do mês de maio do ano #1);

- Não acumula limite do ano anterior que tenha excedido o limite anual vigente, no caso do exemplo os R\$ 450,00 que excederam o limite anual são integralmente custeados pela operadora, não se somando ao limite do ano subsequente.

Ressalta-se que por ser um tema bastante complexo e com diversas peculiaridades, foi necessária a inclusão destas previsões de forma a manter a equidade do contrato, evitando comportamentos oportunistas de parte a parte, bem como observando-se a necessidade de adequação do que está sendo proposto com o que é praticado no mercado, tendo em vista que há necessidade de se prever um período de tempo para os trâmites administrativos da operadora para a cobrança aos beneficiários.

3.6. Avaliar incidência do limite mensal na modalidade de Franquia dedutível acumulada, bem como deixar mais clara as previsões sobre o instituto:

Em relação a este ponto, observa-se que a proposta da DIDES vai no mesmo sentido do que foi debatido pela Diretoria Colegiada, por isso propõe-se a inclusão do § 7º no artigo 5º:

"§7º Na modalidade de Franquia prevista no artigo 10, I somente incidirá o Limite de Exposição Financeira Anual."

Registre-se que conforme apontado pela Diretoria Colegiada a previsão de franquias mensais nesse tipo de produto inviabilizaria sua existência, indo de encontro ao próprio propósito da norma e de toda fundamentação posta no Relatório de Análise de Impacto Regulatório.

Quanto à redação do artigo específico que trata da Franquia, apresentam-se as seguintes propostas para tornar o instituto mais claro:

Em relação ao art. 10, §1º propõe-se a divisão do mesmo, com a hipótese de utilização da rede de livre escolha segregada em um parágrafo específico;

Em relação ao art. 10º 4º deve ser reforçada a vedação do pagamento direto realizado pelo beneficiário ao prestador, sendo certo que esse pagamento deve ser realizado pela operadora e posteriormente cobrado do beneficiário, o que reduz o risco assistencial para o beneficiário.

A redação final do art. 10 passa a ser:

Art. 10. A franquias incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas:

I - Franquia Dedutível Acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se

responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja atingido o valor previsto no contrato como franquia; e

II - Franquia Limitada por Acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, nos contratos em que haja previsão de livre escolha, acessa prestador de fora da rede de prestadores da operadora.

§1º Para fins da franquia prevista no inciso I, serão contabilizados, acumuladamente, todos os procedimentos realizados pelo beneficiário na rede credenciada, referenciada ou cooperada da operadora de planos privados de assistência à saúde bem como atendimentos realizados fora da rede, exclusivamente nas hipóteses em que haja previsão legal ou contratual para a livre escolha de prestadores.

§2º Os procedimentos realizados através da opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual, somente serão contabilizados acumuladamente na que se referem o inciso I e o §1º quando comprovadamente comunicados, pelos beneficiários, à operadora de plano privado de assistência à saúde.

§3º Para fins da franquia prevista no inciso II, entende-se como acesso o ato praticado pelo beneficiário de se dirigir a um profissional de saúde ou estabelecimento de saúde para realização de procedimentos ou serviços de saúde.

§4º Para fins de atingimento do valor da franquia prevista no inciso II, os valores de todos os procedimentos ou serviços de saúde realizados pelo beneficiário no respectivo e determinado acesso serão somados.

§5º É vedado o pagamento direto ao prestador, pelo beneficiário, dos valores devidos a título de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado diretamente pela operadora de plano privado de assistência à saúde, sem prejuízo da cobrança posterior ao beneficiário, na forma prevista no contrato, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual.

§6º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato.

3.7. Do critério de reajuste da coparticipação e franquia:

Houve questionamento por parte da Diretoria Colegiada acerca do critério de reajuste das tabelas de coparticipação e franquia escolhido pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Em proposta apresentada anteriormente, a DIDES havia sugerido o atrelamento do reajuste destas tabelas e valores aos percentuais aplicados aos prestadores e posteriormente limitando-os ao IPCA, considerando previsão da RN 364/14.

Após a realização da Consulta Pública, a DIDES alterou seu entendimento, pois observou que, apesar de a coparticipação e franquia incidirem sobre os atendimentos prestados pelos prestadores de serviços em saúde, ou seja, terem relação direta com o valor pago pelas operadoras aos prestadores, as modalidades em que se aplicam o reajuste não tem correspondência exata com o valor pago pela operadora ao prestador, sendo o reajuste de tabelas de referência e valores de franquia pré-determinados em contrato.

O aspecto mais relevante a se observar, conforme ponderado na reunião da Diretoria Colegiada, é o impacto de prever critério de reajuste diverso para os planos de saúde e para as coparticipações e franquias, uma vez que teria impacto direto na precificação do produto, bem como traria necessário impacto operacional para a DIPRO que teria que rever Notas Técnicas de Registro de Produtos - NTRPs com muito maior frequência, além de registrar produtos novos também com maior frequência.

Explica-se: Uma vez que a mensalidade é calculada em cima de critérios atuariais que estimam a utilização dos serviços prestados e o valor que será recuperado pela operadora com o Mecanismo Financeiro de Regulação, estabelecendo-se uma relação direta entre a recuperação prevista e a mensalidade a ser paga, tem-se que desvincular as duas variáveis gerará desequilíbrio ao contrato a partir do primeiro reajuste, quando poderá haver um reajuste maior na mensalidade com um percentual menor de coparticipação proporcionalmente posto.

Supondo-se que:

- a mensalidade de um produto é R\$ 500,00;
- a coparticipação em consulta é de R\$ 50,00;
- o reajuste anual da mensalidade de 13,55% (reajuste autorizado pela ANS);
- o reajuste anual da coparticipação e franquia de 2,95% (IPCA acumulado de 2017);
- No segundo ano do contrato os valores seriam:
- a mensalidade de um produto é R\$ 567,75;
- a coparticipação em consulta é de R\$ 51,48.

Nessa hipótese, haveria um descolamento entre os valores praticados, de modo que, em alguns, o mecanismo financeiro de regulação deixaria de cumprir seu papel de racionalizar a utilização dos recursos de saúde, pois passaria a representar valor ínfimo frente à contraprestação pecuniária paga pelo beneficiário, conforme será demonstrado a seguinte:

Após 5 anos de contrato, os valores seriam os seguintes, considerando o mesmo percentual de reajuste:

- a mensalidade do um produto seria R\$ 851,06;
- a coparticipação em consulta é de R\$ 56,17;
- a coparticipação em consulta corresponderia a 6,6% da mensalidade.

Aplicando-se o mesmo raciocínio para todos os procedimentos, constata-se alteração substancial das bases atuariais sobre as quais foram construídos os produtos. Reforçando que os percentuais de coparticipação têm íntima relação com os valores de mensalidade, de modo que, quando esses percentuais baixam, pode-se gerar a necessidade de nova precificação do produto.

Contudo, há que se observar que, para planos coletivos, a consequência de reajustes com critérios diversos, cuja coparticipação venha a ser reajustada em percentual inferior ao reajuste da contraprestação pecuniária, será a aproximação dos valores de mensalidade dos planos com coparticipação aos valores de mensalidade cobrados nos planos sem coparticipação, podendo vir, em um caso extremo, a ultrapassá-lo, dado que o valor recuperado com a aplicação do mecanismo financeiro será menor e o equilíbrio do produto terá que ser garantido com o aumento da contraprestação base em percentuais cada vez maiores, o que trará grandes prejuízos para os beneficiários.

Para os planos individuais, contudo, uma vez que há a impossibilidade de ajustar os

valores em percentuais acima dos autorizados pela ANS, tal medida tenderia a reduzir o interesse das operadoras nesses produtos, bem como faria com que eventuais produtos existentes tenham sua comercialização suspensa a pedido da operadora por virem a se tornarem operacionalmente inviáveis.

Em ambas as hipóteses haverá uma tendência de criação de novos produtos com uma frequência maior para atender demanda de mercado por planos moderados com valores de mensalidade abaixo dos planos não moderados, o que gerará impactos operacionais para a ANS.

Assim, a opção regulatória proposta pela DIDES é no sentido de que haja transparência e informação ao contratante sobre as regras de reajuste de tabelas de referência e valores fixos pré-determinados em contrato. Dessa forma, com liberdade contratual, a estipulação desses critérios passa a transitar dentro dos seguintes limites: não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo contrato de plano privado de assistência à saúde e ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato (previsão do art. 9º, §4º e art. 10, §5º).

Ante o exposto, entende-se pela manutenção da redação prevista no art. 9º, §4º e art. 10, §5º

Art. 9º A coparticipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas (...)

§4º O reajuste dos valores contido na tabela de referência a que se refere o inciso II deste artigo, bem como do valor fixo definido no inciso III não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato.

(...)

Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas (...)

§5º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato.

3.8. Adequação das nomenclaturas do rol das denominações dos procedimentos isentos

Houve o apontamento na apreciação pela Diretoria Colegiada que a revisão dos nomes postos no anexo da minuta para os procedimentos isentos é necessária para adequar à nomenclatura do rol de procedimentos da ANS. Dessa forma, a DIDES se compromete a realizar, em conjunto com a DIPRO, as adequações necessárias para a aprovação da proposta pela Diretoria Colegiada.

3.9. Conceituar de forma mais clara "Contraprestação pecuniária base"

Ponderou-se importante uma melhor definição sobre o que seria considerado "contraprestação pecuniária base" com fulcro a evitar interpretações equivocadas sobre o conceito, uma vez que se vislumbra possível que a primeira mensalidade paga pelo beneficiário venha a ser afetada por alguma cobrança alheia a mensalidade do plano.

Como ponto de partida para essa definição parte-se do conceito estabelecido no anexo III da RDC 28/00, que instituiu a Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP:

"É o valor total, expresso em Reais, livres de co-participações, sem qualquer outro desconto ou dedução adicional, das receitas provenientes de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e/ou pagamento direto ao prestador."

Assim, para melhor definir o conceito proposto pela minuta apresentada para apreciação da Diretoria Colegiada da ANS propõe-se a seguinte redação para o novo art. 5º, §1º. Ademais, com relação a esta previsão, deverá ser considerada a ponderação trazida no item II.13, pelo que a redação aqui proposta já contempla ambas as alterações:

"Art. 5º

§1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pela prestação de assistência suplementar à saúde de um respectivo beneficiário, ainda que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de coparticipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.

3.10. Dos Planos Odontológicos:

Em relação aos Planos Odontológicos, faz-se necessária um esclarecimento em relação à proposta defendida pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial, uma vez que para essa modalidade de plano propõe-se a não incidência dos limites impostos pela norma.

Importante ressaltar que os Planos Odontológicos estão dispensados da obrigação de envio de Nota Técnica de Registro de Produtos, o que impossibilita a ANS de divulgar dados relativos à precificação dos produtos em sua publicação periódica que trata da precificação dos produtos na saúde suplementar.

Partindo-se dessa premissa, bem como do fato de o rol de procedimentos odontológicos contemplar um número reduzido de procedimentos em comparação com o rol de procedimentos médicos, entende-se que o estabelecimento de limites para planos odontológicos, considerando as informações disponíveis, inviabilizaria um acompanhamento dos efeitos específicos para esta modalidade de operadora.

Ademais, ao se analisar todos os documentos do processo, bem como as contribuições recebidas em Consulta e Audiência Pública, bem como em pesquisa, percebe-se que o foco das mesmas, exceto pelas contribuições do próprio setor, estão nos planos de saúde médicos, o que denota não haver um problema a ser enfrentado com relação aos planos odontológicos. Ademais, ao analisar as reclamações registradas por beneficiários na ANS, tendo como base as informações constantes do SIF - Sistema Integrado de Fiscalização, desde o ano de 2000, encontra-se apenas 47 (quarenta e sete) denúncias sobre o tema "coparticipação" e 08 (oito) sobre o tema franquia para planos odontológicos.

Reforce-se que para planos odontológicos se aplica a RN 59/2003, que traz a seguinte previsão:

Art. 2º A cobertura assistencial do plano deverá incluir todos os itens definidos pela ANS no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, devendo obrigatoriamente ser submetida a regime de pré-pagamento sem utilização de mecanismos de regulação financeira, as despesas relativas, no mínimo, aos seguintes procedimentos:

- I - consulta inicial;*
- II - curativo em caso de hemorragia bucal;*
- III - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;*
- IV - imobilização dentária temporária;*
- V - recimentação de peça protética;*
- VI - tratamento de alveolite;*
- VII - colagem de fragmentos;*
- VIII - incisão e drenagem de abscesso extra-oral;*
- IX - incisão e drenagem de abscesso intra-oral;*
- X - reimplante de dente avulsionado;*
- XI - orientação de higiene bucal;*
- XII - evidência de placa bacteriana;*
- XIII - aplicação tópica de flúor.*

Parágrafo único. Os procedimentos não incluídos no caput deste artigo, poderão ser submetidos a regime de pós-pagamento, de acordo com as regras estabelecidas nesta Resolução.

Desta análise entende-se que a regulamentação setorial já abordou peculiaridades em relação aos planos odontológicos quando permitiu a comercialização de planos em regime misto de pagamento, inclusive no que concerne ao estabelecimento de isenções de coparticipação e franquia.

Por esta razão optou-se por não particularizar questões afetas aos planos odontológicos uma vez que, por serem produtos cuja lógica de formação e a própria lógica da regulação diferem dos produtos médicos/hospitalares, poder-se-ia gerar um risco de desequilíbrio não mensurável pelo ente regulador.

Considerando a regulamentação vigente e a importância de se possibilitar o oferecimento de planos com mecanismos financeiros na segmentação odontológica, opta-se por não os submeter as novas regras específicas de coparticipação no que concerne aos limites previstos na norma, desta forma a incidência da nova Resolução Normativa se dará em parte

Reforce-se que ao submeter as operadoras aos limites da norma sem que seja possível acompanhar o impacto da regra através da NTRP e da precificação dos produtos pode-se inviabilizar a disponibilização de produtos no mercado, o que, ao final de todo processo termina sendo uma consequência mais prejudicial para os consumidores que a inexistência de um limite arbitrado pelo ente regulador.

3.11. Regras para internações psiquiátricas

O tema saúde mental foi abordado no Capítulo IV, item IV.1.9, a partir da página 77 do Relatório de Análise de Impacto Regulatório, ocasião em que a área técnica opinou pela necessidade de revisão dos critérios previstos de forma a igualar o tratamento nas hipóteses de internações convencionais e psiquiátricas.

Embora tenha sido levado em conta o contexto da reforma psiquiátrica e a edição da Lei 10.216/01, discussões posteriores no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial demonstraram que é necessário um tratamento específico da questão, dada a sua peculiaridade.

Em razão disso, a proposta a ser apresentada para apreciação da Diretoria Colegiada retoma a lógica anterior com alterações pontuais: a coparticipação nesses casos segue a regra geral proposta na norma para os casos de internação, com cobrança através de valor fixo e único, diferindo-se, porém, com introdução de dispositivo que possibilite de cobrança de percentual a partir do 31º dia, de forma gradativa, até o limite de 30% (trinta por cento) sobre o valor monetário dos procedimentos realizados no evento.

Vale ponderar que tais internações possuem diferenças em relação às internações convencionais, que inclusive são tratadas de forma específica pela Lei 10.216, que prega a desinternação e utilização de meios extra-hospitalares para tratamento dos pacientes.

Por tal razão considera-se prudente a manutenção da lógica atual com a previsão de uma flexibilização que atenda ambas as partes. Ao mesmo tempo que se permite a cobrança imediata de uma parcela referente ao Mecanismo Financeiro de Regulação, reduz-se o percentual máximo aplicável e submete esse tipo de internação aos limites de exposição financeira. Assim a redação proposta passa a ser:

Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de Internação Psiquiátrica.

§1º Caso haja previsão contratual, após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão cobrar coparticipação em valor percentual, de forma crescente ou não, até o limite previsto no §2º do art. 9º, observadas as regras dispostas no art. 5º.

(...)

3.12. Inclusão no PIN-SS

Propõe-se, para reforço da transparência ao beneficiário, que seja incluída obrigação na RN 389/15 de que o saldo da franquia acumulada seja informado no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS, em seu componente referente a utilização dos serviços, pelo que se propõe a inclusão de novo inciso no §5º, no art. 9º, da RN 389 que passa a ter a seguinte redação proposta:

§5º Na hipótese de incidência de qualquer mecanismo financeiro de regulação, deverá ser informado mensalmente e de forma individualizada por procedimento para cada beneficiário:

- I - espécie de mecanismo financeiro de regulação foi aplicada;*
- II - o valor exato cobrado a título de mecanismos financeiros de regulação; e*
- III - o saldo remanescente, referente ao custeio pelo beneficiário, nas hipóteses de franquia dedutível acumulada previsto no art. 10, I da RN nº XXX/18.*

3.13. Aprimoramento dos conceitos em relação aos planos coletivos

Propõe-se as seguintes alterações de redação na norma de forma a tornar mais claras as regras previstas:

Nos §1º dos artigos 2º e 5º propõe-se alterar a redação dos dispositivos de forma a afastar a interpretação pela qual o limite de exposição financeira seria extremamente reduzido ou

mesmo inviabilizado em hipóteses nas quais o custeio do plano de saúde, seja referente a contraprestação pecuniária base ou a aplicação de mecanismo financeiro de regulação, seja arcado integral ou parcialmente pelo contratante. As redações anteriores consistiam em:

Art. 2º

§ 1º A Coparticipação é o valor efetivamente pago pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde.

Art. 5º

§1º Considera-se contraprestação-base aquela devida pelo beneficiário no primeiro mês do ano de vigência do contrato, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.

Desta forma as redações propostas passam a ser:

Art. 2º

§ 1º A Coparticipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.

Art. 5º

§1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, ainda que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de coparticipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.

3.14. Tratamento das renovações em contratos firmados anteriormente à norma

Em relação ao art. 13, deve-se deixar claro que a norma antiga permanece aplicável aos contratos coletivos cuja renovação se dá automática e periodicamente (renovação anual, bienal, etc.), desde que não tenham sido negociadas qualquer alteração nas regras contratuais acerca dos Mecanismos Financeiros de Regulação. Propõe-se, pois, a inclusão do parágrafo único com a seguinte previsão:

Parágrafo único - A renovação do contrato firmado antes da vigência da norma, somente incidirá na incidência das regras dispostas nesta norma quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.

Dessa forma, caso a renovação contratual altere as regras acerca de mecanismos financeiros de regulação, estas devem obedecer integralmente a presente norma, inclusive com o encaminhamento das informações previstas nos arts. 12 e 14.

3.15. Ampliação o prazo de vacatio legis

Por fim, foi sugerido pela DICOL a avaliação pela DIDES da ampliação da vacatio legis estabelecida de 90 (noventa) dias para a referida norma entrar em vigor.

Percebe-se que, na forma do art. 12 da referida proposta, tal norma só se aplicará aos contratos firmados a partir da vigência da referida norma. Dessa forma, não haverá impacto imediato nos contratos em vigor, mas sim somente nos casos de novas contratações e, ainda, somente após o prazo de 90 (noventa) dias de vigência.

Ainda assim, considerando o teor da norma e as diversas alterações propostas em cima da lógica atual, posta pela Resolução CONSU 08/98, entende-se prudente a ampliação do prazo de vigência, recomendando-se que a norma passe a vigorar 120 (cento e vinte) dias após sua publicação.

Dessa forma, opta-se por alterar o prazo do art. 17:

Art. 17. Esta norma entra em vigor 120 (cento e vinte) dias após sua publicação

4. CONCLUSÃO:

Feitos esses esclarecimentos encaminha-se a presente Nota para subsidiar a deliberação da Diretoria Colegiada em nova apreciação da proposta de Resolução Normativa que trata dos Mecanismos Financeiros de Regulação.

Anexado a esta Nota encontra-se o quadro resumo demonstrando os apontamentos e as alterações realizadas em relação a minuta apresentada em 15/12/2017.

À consideração superior e posterior encaminhamento à DICOL juntamente com a minuta da proposta.

ANEXO I

PONTOS DA APRECIÇÃO	DIRETORIA	STATUS	Localização na Nota
Inclusão da observância às regras da Resolução Normativa - RN nº 259/11 nos casos de procedimentos isentos	DIFIS	Adequação do § 2º e inclusão do §4º no art. 4º.	3.1
Estabelecer valores fixos e únicos de mecanismos financeiros de regulação nos atendimentos em pronto-socorro e internação	DIFIS	Adequação do artigo 8º.	3.2
Estipular limite máximo, com base nos limites mensais, para valores cobrados em atendimentos em pronto-socorro.	DIOPE	Adequação do artigo 8º.	3.2

Tratamento a ser dado nas hipóteses de internação no regime Hospital-dia	Discussões Internas	Inserção do §3º, no art. 8º.	3.2
Alteração do percentual máximo de coparticipação, de 40% para 30%;	DIFIS	Adequação do artigo 9º, § 2º.	3.3
Previsão de excepcionalização dos limites por acordos e convenções trabalhistas	DIOPE	Inclusão do art. 11.	3.4
Regulamentar de forma clara a transição entre limites financeiros anuais e eventuais resíduos de débitos ainda não cobrados	DIOPE	Adequação Normativa dos §§3º e 4º do artigo 5º.	3.5
Previsão expressa sobre a impossibilidade de cobrança do que passar do limite financeiro anual	DIFIS	Adequação do §5º do art. 5º.	3.5
Avaliar incidência do limite mensal na modalidade de Franquia dedutível acumulada	DIOPE	Manutenção da redação do §7º do art. 5º.	3.6
Aprimoramento das regras de franquia.	Discussão Interna	Divisão do §1º em 2 e alteração da redação do § 4º (renumerado para §5º)	3.6
Do critério de reajuste da coparticipação e franquia;	DIOPE	Manutenção da redação do art. 9º, §4º e art. 10, §5º.	3.7
Adequar o rol das denominações dos procedimentos isentos.	DIPRO	Será realizada em conjunto com a DIPRO.	3.8
Definir de forma mais precisa "Prestação pecuniária base"	Discussão Interna	Alteração do art. 5º, §1º.	3.9
Fundamentação para Planos Odontológicos	Discussão Interna	Aprofundamento na fundamentação.	3.10
Regras para internações psiquiátricas	Discussão Interna	Alterações no art. 7º.	3.11
Inclusão no PIN-SS	Discussão Interna	Inclusão do inciso III no §5º do art. 9º.	3.12
Aprimoramento dos conceitos em relação aos planos coletivos	Discussão Interna	Alteração na redação do §1º do art. 2º e §1º do art. 5º	3.13
Tratamento das renovações em contratos firmados anteriormente à norma	Discussão Interna	Inserção do parágrafo único no art. 13	3.14

Ampliação do prazo de <i>vacatio legis</i>	DIOPE	Alteração no art. 18.	3.15
--	-------	-----------------------	------

[1] Utilizou-se o Mapa Assistencial por ser uma publicação oficial da ANS, disponibilizada através de seu sítio institucional, contudo, em extração de dados do sistema TISS o percentual para o ano de 2016 é de 21,64%.

[2] Acessada em 26/12/2017 através do endereço eletrônico http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/moa/2017_fichas_tecnicas_novo_risco_assistencial_versao_corrigida_portaria_1631_2015.pdf

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo de Barros Macieira, Gerente de Assessoramento Jurídico e Contratualização com Prestadores**, em 25/01/2018, às 18:05, 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 25/01/2018, às 18:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIDES**, em 25/01/2018, às 18:15, 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 **5344518** e o código CRC **FC6977AF**.

Referência: Processo nº 33910.000554/2017-50

SEI nº 5344518

PROCESSO Nº: 33910.000554/2017-50

NOTA TÉCNICA Nº 1/2018/COJUN/GAJCP/DIRAD-DIDES/DIDES

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

1. ASSUNTO

Nota Complementar sobre a proposta de normativo sobre Mecanismos Financeiros de Regulação.

2. INTRODUÇÃO

Esta nota complementar presta-se a incorporar na proposta de normativo sobre Mecanismos Financeiros de Regulação as sugestões apresentadas pelos Diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, durante a 479ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada, realizada em 15 de dezembro de 2017, bem como discussões supervenientes ocorridas no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Tais pontos serão tratados em tópicos específicos, com a devida fundamentação acerca da inclusão, adequação ou manutenção do texto da proposta original. A fim de facilitar a análise pela Diretoria Colegiada, encontra-se anexo à essa Nota um quadro resumo com os apontamentos e alterações realizadas.

3. DAS ALTERAÇÕES/ADEQUAÇÕES PROPOSTAS

3.1. Inclusão da observância às regras da Resolução Normativa - RN nº 259/11 nos casos de procedimentos isentos:

O art. 4º, apresentado para a Diretoria Colegiada, trazia a seguinte redação:

Art. 4º Para conceder a isenção a que se refere o art. 3º desta norma, as operadoras de planos de saúde poderão se valer de mecanismos de regulação assistencial para gerenciar a demanda por serviços na forma prevista em contrato.

§1º Nos casos em que os contratos de planos privados de assistência à saúde não contiverem disposições acerca da aplicação de mecanismos de regulação assistencial, como direcionamento, referenciamento, porta de entrada ou hierarquização de acesso, a isenção a que se refere o art. 3º desta norma poderá ser condicionada à indicação, pela operadora, do prestador de serviços de saúde que realizará o procedimento.

§2º Quando a operadora não indicar um prestador específico para realização de procedimento ou serviço de saúde isento de cobrança de mecanismo financeiro de regulação, o beneficiário poderá se utilizar de qualquer prestador da rede credenciada, referenciada ou cooperada ou, nos contratos em que haja previsão de livre escolha, acessar prestador fora da rede de prestadores da operadora, mantendo-se a isenção quanto à incidência dos mecanismos financeiros de regulação.

A Diretoria Colegiada apresentou fundada preocupação acerca da forma como seria disponibilizada a rede de prestadores que realizariam os procedimentos com as isenções previstas na norma, sobretudo pela possibilidade de serem indicados prestadores em um prazo não razoável e em local de difícil acesso para os beneficiários, razão pela qual sugeriu-se vinculação da previsão aos critérios trazidos pela Resolução Normativa - RN 259/11, embora, em geral, a melhor hermenêutica jurídica assevere que a análise dos normativos deve ser feita de forma sistêmica, tendo em vista que as normas jurídica são unas e indivisíveis, de modo que o arcabouço regulatório que deve ser conjuntamente interpretado como um grande sistema em harmonia.

Pedro Lenza, em sua obra, assim esclarece:

Apesar de colocarmos o Direito Constitucional dentro do ramo do direito público (fundamental), devemos alertar o leitor que, modernamente, vem sendo dito que o direito é uno e indivisível, indecomponível. O direito deve ser definido e estudado como um grande sistema, em que tudo se harmoniza no conjunto. A divisão em ramos do direito é meramente didática, a fim de facilitar o entendimento da matéria, vale dizer: questão de conveniência acadêmica. (LENZA, 2012, pág. 53).

Por conseguinte, para contemplar as sugestões feitas pela Diretoria Colegiada, propõem-se a alteração do § 2º remetendo às regras da Resolução Normativa - RN 259/11.

§2º. Para indicação do prestador conforme previsto no caput e no §1º deste artigo, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos listados no anexo desta norma.

§3º Ultrapassados os prazos previstos no §2º sem que a operadora tenha indicado um prestador ao beneficiário, este poderá realizar o procedimento específico, com isenção de franquia ou coparticipação, em qualquer prestador de sua rede credenciada, referenciada ou contratada, sem prejuízo das penalidades cabíveis à operadora.

Busca-se, com a previsão, garantir que os beneficiários não enfrentem obstáculos para obtenção de coberturas com as isenções previstas e, com isso, deixem de ser beneficiados pelas disposições da norma, recomendando-se, ainda, a inclusão do seguinte parágrafo para normatizar as hipóteses em que a operadora deixar de indicar a rede para o beneficiário:

3.2. Estabelecer valores fixos e únicos de mecanismos financeiros de regulação nos atendimentos em pronto-socorro e internação e estipular limite máximo, com base nos limites mensais, para valores cobrados em atendimentos em pronto-socorro. Estabelecimento de regra para incidência de coparticipação quando da realização de procedimento em regime de Hospital-dia.

A proposta apresentada continha a seguinte redação:

Art. 8º As internações e os atendimentos em pronto socorro serão entendidos, para fins desta norma, como evento único, sobre os quais incidirá um único valor a título de mecanismo financeiro de regulação por acesso, observadas as disposições específicas previstas no capítulo III desta resolução."

Os debates havidos na Reunião da Diretoria Colegiada direcionaram para a previsão de um valor fixo para procedimentos realizados em Pronto-Socorro, tendo em vista que a ANS não deve desencorajar a utilização necessária dos serviços de pronto-atendimento aos beneficiários da saúde suplementar.

Como exposto no Relatório de Análise de Impacto Regulatório há uma tendência de sobreutilização dos serviços prestados em pronto-socorro, o que é confirmado pelo Mapa Assistencial editado pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

TABELA 1 – CONSULTAS MÉDICAS

	2014		2015		2016	
	1º. Sem.	2º. Sem.	1º. Sem.	2º. Sem.	1º. Sem.	2º. Sem.
Consultas médicas	133.403.928	137.458.282	134.536.758	132.124.257	137.206.032	135.778.840
Consultas médicas ambulatoriais	104.114.786	107.933.334	104.113.372	107.448.981	107.540.533	108.862.331
Consultas médicas em Pronto Socorro	29.289.142	29.524.948	30.423.386	24.675.276	29.665.499	26.916.509

Fonte: SIP/ANS/MS, 03/2017.
Nota: Estes dados coletados do SIP estão disponíveis em planilha Excel, por modalidade de operadora, para download no portal da ANS na Internet.

O percentual das consultas realizadas em pronto-socorro em comparação com o total de consultas realizadas no sistema de saúde suplementar, no período observado pelo Mapa Assistencial, oscilou entre 18,67% no segundo semestre de 2015 a 22,61% no primeiro semestre do mesmo ano^[1].

A ANS adota como parâmetro desejável um percentual entre 5% e 20%, de acordo com Nota 137/2017/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS^[2].

O que se buscou fazer para atender sugestão da Diretoria Colegiada foi estabelecer um valor fixo e único para todos os procedimentos e eventos em saúde praticados nesses regimes. Ainda, deve ser ressaltado que a redação foi aprimorada de forma a definir melhor internação e atendimento em pronto-socorro.

Sobre a coparticipação e franquia incidindo em internações, pondera-se que, após reunião realizada com Defensoria Pública do Rio de Janeiro - DPRJ, Defensoria Pública da União - DPU, Ministério Público Estadual do RJ - MPRJ e Ministério Público Federal - MPF, a DIDES reconsiderou sua proposta de permitir cobranças em valores percentuais.

Em que pese os beneficiários estarem amparados pelos limites de exposição financeira, a previsão de pagamento percentual nestes casos ainda carrega significativo grau de imprevisibilidade, na medida em que se propõe o parcelamento dos valores excedentes para os meses subsequentes, desde que respeitado o limite anual previsto. Dessa forma, uma internação poderia acabar impactando o beneficiário por todo o período previsto para aferição do limite de exposição financeira anual.

Buscando garantir uma maior previsibilidade e equidade na previsão normativa, recomenda-se adotar como parâmetro para internações o mesmo limite de exposição financeira mensal, ou seja, supondo-se que a mensalidade paga pelo beneficiário é de R\$ 500,00 (quinhentos reais), o valor fixo a ser cobrado por coparticipação ou franquia junto ao beneficiário não poderá ultrapassar R\$ 500,00 (quinhentos reais).

Recomenda-se, por fim, delimitar na norma o que seria um atendimento em regime de internação para sanar dúvida possível em relação aos procedimentos realizados em regime de hospital-dia, pelo que foi inserido o §3º.

Por isso se propõe a seguinte redação:

"Art. 8º Os mecanismos financeiros de regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os serviços e procedimentos realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:

I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º desta norma; e

II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º desta norma.

§1º Nos casos do inciso I, poderá ser cobrado valor distinto para atendimentos realizados em unidades de pronto-socorro cuja consulta seja realizada por médico generalista, daquela realizada por médico especialistas, conforme previsto em contrato.

§2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos mecanismos de regulação financeiro incidente sobre esta última.

§3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em uma internação do beneficiário, bem como atendimentos realizados em regime de hospital-dia, desde que para realização de procedimento previsto dentro das coberturas obrigatórias para a segmentação hospitalar, do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS."

[1] Utilizou-se o Mapa Assistencial por ser uma publicação oficial da ANS, disponibilizada através de seu site institucional, contudo, em extração de dados do sistema TISS o percentual para o ano de 2016 é de 21,64%.

[2] Acessada em 26/12/2017 através do endereço eletrônico http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/moa/2017_fichas_tecnicas_novo_risco_assistencial_versao_corrigida_portaria_1631_2015.pdf

"Art. 8º Nas hipóteses em que a assistência à saúde dos beneficiários for realizada em pronto socorro, bem como nos casos em que o atendimento se der em regime de internação, os mecanismos financeiros de regulação serão aplicados apenas em valor monetário fixo e único, contemplando todos os serviços e procedimentos realizados no evento, observando-se, ainda, o seguinte:

I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º desta norma; e

II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º desta norma.

§1º Nos casos do inciso I, poderá ser cobrado valor distinto para atendimentos realizados em unidades de pronto-socorro cuja consulta seja realizada por médico generalista, daquela realizada por médico especialistas, conforme previsto em contrato.

§2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo ao mecanismos de regulação financeiro incidente sobre esta última."

3.3. Alteração do percentual máximo de coparticipação de 40% para 30%:

Foi sugerido pela Diretoria Colegiada a revisão do percentual máximo de coparticipação previsto pela norma, considerando que a ANS vinha adotando entendimento de que existiria um limite, ainda que não expressamente previsto pela Resolução CONSU nº 08/98, de 30%.

Considerando já se tratar de percentual considerado como referência pela diretoria de fiscalização da ANS, opta-se pela definição do percentual máximo de coparticipação em 30% (trinta por cento), de forma a manter a coerência regulatória.

Destaca-se que a presente revisão do percentual máximo para coparticipação também foi solicitada em reunião com representantes da DPRJ, DPU, MPRJ e MPF.

Neste contexto, acatando sugestão proposta pela Diretoria Colegiada, propõe-se nova redação para o §2º, do artigo 9º, que seria alterada de:

"§2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 40% (quarenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação."

Para:

"§2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação."

3.4. Previsão de excepcionalização dos limites por acordos e convenções trabalhistas:

Ainda, 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, sugeriu a DICOL que se excepcione o percentual na hipótese de haver acordos ou convenções coletivas de trabalho, firmados conforme previstos na legislação trabalhista.

O Decreto-Lei nº 5.452/43 estabeleceu a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, contendo a seguinte previsão:

"Art. 611 - Convenção Coletiva de Trabalho é o acôrdo de caráter normativo, pelo qual dois ou mais Sindicatos representativos de categorias econômicas e profissionais estipulam condições de trabalho aplicáveis, no âmbito das respectivas representações, às relações individuais de trabalho.

§ 1º É facultado aos Sindicatos representativos de categorias profissionais celebrar Acordos Coletivos com uma ou mais empresas da correspondente categoria econômica, que estipulem condições de trabalho, aplicáveis no âmbito da empresa ou das acordantes respectivas relações de trabalho.

§ 2º As Federações e, na falta desta, as Confederações representativas de categorias econômicas ou profissionais poderão celebrar convenções coletivas de trabalho para reger as relações das categorias a elas vinculadas, inorganizadas em Sindicatos, no âmbito de suas representações."

Recente alteração legislativa, implementa por Medida Provisória, trouxe a seguinte redação para o Art. 611-A:

"Art. 611-A. A convenção coletiva e o acordo coletivo de trabalho, observados os incisos III e VI do caput do art. 8º da Constituição, têm prevalência sobre a lei quando, entre outros, dispuserem sobre: (Redação dada pela Medida Provisória nº 808, de 2017)"

Dessa forma, tendo em vista os fundamentos legais colacionados, e considerando que o previsto no art. 611-A supracitado não se configura como exaustivo; bem como que o benefício de plano de saúde aos empregados de uma empresa é geralmente concedido a partir das disposições dos acordos ou convenções coletivas de trabalho, entende-se que os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais 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.

Acrescenta-se, ainda, que a Medida Provisória que alterou o art. 611-A dispõe, no caput do artigo, a previsão de que os acordos e convenções deverão, necessariamente, observar o disposto na Constituição Federal, sobretudo os dispositivos abaixo transcritos:

"Art. 8º É livre a associação profissional ou sindical, observado o seguinte:

(...)

III - ao sindicato cabe a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas;

IV - a assembléa geral fixará a contribuição que, em se tratando de categoria profissional, será descontada em folha, para custeio do sistema confederativo da representação sindical respectiva, independentemente da contribuição prevista em lei;"

É razoável entender que os trabalhadores estão protegidos de eventuais negociações que lhes tragam prejuízos, uma vez que, em acontecendo, o sindicato estará agindo em desacordo com suas premissas constitucionais, não podendo prevalecer acordo ou convenção coletiva firmados.

Dessa forma, propõe-se a inclusão de mais um dispositivo nas disposições finais da Resolução Normativa de modo a firmar que as estipulações de limites e regras podem ser negociadas,

permitindo-se coparticipação majorada em até 50%, tendo como referencial:

- a. Acréscimo de 50% em relação aos 30% de percentual máximo de Coparticipação permitido pela regra geral, perfazendo-se o limite de 45% para estes casos;
- b. o valor base mensal, correspondendo a 100% da mensalidade, acrescido de 50%, podendo chegar a 150% da contraprestação base;
- c. limite anual podendo chegar ao valor correspondente a 18 (dezoito) contraprestações pecuniárias base. 12 (doze) da regra geral mais 50%.

"Art. 11. Os limites fixados nos artigos 5º e no §2º do art. 9º desta norma poderão ser majorados em até 50% por acordos ou convenções coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista."

Observa-se que tal medida se coaduna com a modernização da legislação trabalhista recentemente promovida, a qual visou fortalecer o caráter negocial das relações laborais, além de não se afastar de toda a fundamentação construída pela ANS para fundamentar as regras sobre reajustes em planos coletivos, nos quais adota-se um posicionamento regulatório que reconhece a paridade de forças negociais entre os agentes contratantes.

3.5. Regulamentar de forma clara a transição entre limites financeiros anuais e eventuais resíduos de débitos ainda não cobrados e previsão expressa sobre a impossibilidade de cobrança do que passar do limite financeiro anual:

Cumpra-se prestar um esclarecimento sobre essas disposições, uma vez que elas se propõem a evitar que eventual limite não atingido no mês ou ano anterior se acumule, somando-se ao do mês seguinte, por exemplo:

Exemplo 1:

- Limite mensal = R\$ 500,00 (que é igual ao valor da contraprestação mensal daquele beneficiário);
- Valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do plano = R\$ 100,00
- Valor cobrado no mês subsequente = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 100,00 (mecanismo financeiro de regulação) = R\$ 600,00;
- Limite mensal do mês subsequente = R\$ 500,00, ou seja, **NÃO PODERÁ SER** R\$ 500,00 + R\$ 400,00, que teoricamente teria se acumulado no mês anterior. **SERÁ NECESSARIAMENTE** de R\$ 500,00.

Exemplo 2:

- Limite mensal = R\$ 500,00 (que é igual ao valor da contraprestação mensal daquele beneficiário);
- Valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do plano = R\$ 600,00;
- Valor cobrado no mês subsequente = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 500,00 (mecanismo financeiro de regulação limitado ao limite de exposição financeira mensal) = R\$ 1.000,00
- Valor cobrado no mês posterior = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 100,00 (pendência relativa ao mecanismo financeiro de regulação incidente em mês anterior) = R\$ 600,00

Exemplo 3:

- Limite mensal = R\$ 500,00 (que é igual ao valor da contraprestação mensal daquele beneficiário);
- Valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do plano no mês # 01 = R\$ 1.100,00;
- Valor cobrado no mês #2 = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 500,00 (mecanismo financeiro de regulação limitado ao limite de exposição financeira mensal) = R\$ 1.000,00
- Valor cobrado no mês subsequente #3 = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 500,00 (pendência relativa ao mecanismo financeiro de regulação incidente em mês anterior) = R\$ 1.000,00
- Valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do plano no mês # 03 = R\$ 100,00;
- Valor cobrado no mês #4 = R\$ 500,00 (contraprestação)
- Valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do plano no mês # 04 = R\$ 70,00;
- Valor cobrado no mês #4 = R\$ 500,00 (contraprestação) + R\$ 100,00 (pendência relativa ao mecanismo financeiro de regulação incidente no mês # 01) + R\$ 100,00 (pendência relativa ao mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização no mês #3 + R\$ 70,00 (valor devido a título de mecanismo financeiro de regulação pela efetiva utilização do planos no mês #4 = R\$ 770,00;
- Demais prestações, considerando a não utilização do Plano de Saúde em procedimentos com coparticipação = R\$ 500,00.

Contudo, verifica-se que a dúvida trazida pela DICOL é fundada na ausência de clareza na norma sobre a impossibilidade de cobrar valores que ultrapassem o limite anual no ano seguinte e consequente extinção dos débitos referentes à coparticipação ou à franquia ainda não cobrados.

Analisando-se o tema, verificou-se a necessidade de se incluir previsão específica na norma acerca desta problemática, uma vez que o processo de cobrança/faturamento dos serviços prestados pode não se dar dentro do exercício. Ademais, com intuito de reduzir os efeitos de eventual comportamento oportunista que poderia ocorrer, com a utilização de todos os serviços necessários no último mês do ano para o contrato, o que, além de gerar prejuízo para a operadora afetará a própria saúde do beneficiário, passa-se a propor a seguinte redação ao artigo 5º, mantendo-se o §2º e incluindo novos §§ 3º, 4º e 5º e renumerando o atual §3º como §6º:

§3º Para fins de observância do limite de exposição financeira anual, considerar-se-ão os procedimentos, serviços e/ou eventos efetivamente realizados dentro do respectivo período anual, sobre os quais incidiram mecanismos financeiros de regulação.

§4º A cobrança dos mecanismos financeiros de regulação que incidiram no período limite de exposição financeira anual poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite

de exposição financeiro mensal.

§5º Ultrapassado o Limite de Exposição anual, os custos referentes à efetiva utilização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedente no ano subsequente.

Exemplo 4:

- Limite mensal até o mês de abril correspondendo a contraprestação pecuniária base = R\$ 500,00;
- Limite Mensal a partir do mês de maio + R\$ 550,00 (considerando reajuste anual aplicado)
- Limite anual = R\$ 6.000,00 (que é a multiplicação da contraprestação pecuniária base por 12);

DETALHAMENTO DA UTILIZAÇÃO:

	Contraprestação Pecuniária	Utilização (R\$)	Utilização (Soma) (R\$)	Valor a ser pago pelo beneficiário (R\$)
Janeiro	500	500	500	1000
Fevereiro	500	500	1000	1000
Março	500	500	1500	1000
Abril	500	500	2000	1000
Maiο	550	550	2550	1100
Junho	550	550	3100	1100
Julho	550	550	3650	1100
Agosto	550	550	4200	1100
Setembro	550	550	4800	1100
Outubro	550	550	5350	1100
Novembro	550	550	5900	1100
Dezembro	550	550	6450	650*

- Limite Mensal no mês de janeiro do ano subsequente R\$ 550,00;

- Limite anual = R\$ 6.000,00 (que é a multiplicação da contraprestação pecuniária base por 12, que no ano #2 corresponde a contraprestação após o reajuste aplicado a partir do mês de maio do ano #1);

- Não acumula limite do ano anterior que tenha excedido o limite anual vigente, no caso do exemplo os R\$ 450,00 que excederam o limite anual são integralmente custeados pela operadora, não se somando ao limite do ano subsequente.

Ressalta-se que por ser um tema bastante complexo e com diversas peculiaridades, foi necessária a inclusão destas previsões de forma a manter a equidade do contrato, evitando comportamentos oportunistas de parte a parte, bem como observando-se a necessidade de adequação do que está sendo proposto com o que é praticado no mercado, tendo em vista que há necessidade de se prever um período de tempo para os trâmites administrativos da operadora para a cobrança aos beneficiários.

3.6. Avaliar incidência do limite mensal na modalidade de Franquia dedutível acumulada, bem como deixar mais clara as previsões sobre o instituto:

Em relação a este ponto, observa-se que a proposta da DIDES vai no mesmo sentido do que foi debatido pela Diretoria Colegiada, por isso propõe-se a inclusão do § 7º no artigo 5º:

"§7º Na modalidade de Franquia prevista no artigo 10, I somente incidirá o Limite de Exposição Financeira Anual."

Registre-se que conforme apontado pela Diretoria Colegiada a previsão de franquias mensais nesse tipo de produto inviabilizaria sua existência, indo de encontro ao próprio propósito da norma e de toda fundamentação posta no Relatório de Análise de Impacto Regulatório.

Quanto à redação do artigo específico que trata da Franquia, apresentam-se as seguintes propostas para tornar o instituto mais claro:

Em relação ao art. 10, §1º propõe-se a divisão do mesmo, com a hipótese de utilização da rede de livre escolha segregada em um parágrafo específico;

Em relação ao art. 10º 4º deve ser reforçada a vedação do pagamento direto realizado pelo beneficiário ao prestador, sendo certo que esse pagamento deve ser realizado pela operadora e posteriormente cobrado do beneficiário, o que reduz o risco assistencial para o beneficiário.

A redação final do art. 10 passa a ser:

Art. 10. A franquias incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas:

I - Franquia Dedutível Acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se

responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja atingido o valor previsto no contrato como franquia; e

II - Franquia Limitada por Acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, nos contratos em que haja previsão de livre escolha, acessa prestador de fora da rede de prestadores da operadora.

§1º Para fins da franquia prevista no inciso I, serão contabilizados, acumuladamente, todos os procedimentos realizados pelo beneficiário na rede credenciada, referenciada ou cooperada da operadora de planos privados de assistência à saúde bem como atendimentos realizados fora da rede, exclusivamente nas hipóteses em que haja previsão legal ou contratual para a livre escolha de prestadores.

§2º Os procedimentos realizados através da opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual, somente serão contabilizados acumuladamente na que se referem o inciso I e o §1º quando comprovadamente comunicados, pelos beneficiários, à operadora de plano privado de assistência à saúde.

§3º Para fins da franquia prevista no inciso II, entende-se como acesso o ato praticado pelo beneficiário de se dirigir a um profissional de saúde ou estabelecimento de saúde para realização de procedimentos ou serviços de saúde.

§4º Para fins de atingimento do valor da franquia prevista no inciso II, os valores de todos os procedimentos ou serviços de saúde realizados pelo beneficiário no respectivo e determinado acesso serão somados.

§5º É vedado o pagamento direto ao prestador, pelo beneficiário, dos valores devidos a título de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado diretamente pela operadora de plano privado de assistência à saúde, sem prejuízo da cobrança posterior ao beneficiário, na forma prevista no contrato, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual.

§6º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato.

3.7. Do critério de reajuste da coparticipação e franquia:

Houve questionamento por parte da Diretoria Colegiada acerca do critério de reajuste das tabelas de coparticipação e franquia escolhido pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Em proposta apresentada anteriormente, a DIDES havia sugerido o atrelamento do reajuste destas tabelas e valores aos percentuais aplicados aos prestadores e posteriormente limitando-os ao IPCA, considerando previsão da RN 364/14.

Após a realização da Consulta Pública, a DIDES alterou seu entendimento, pois observou que, apesar de a coparticipação e franquia incidirem sobre os atendimentos prestados pelos prestadores de serviços em saúde, ou seja, terem relação direta com o valor pago pelas operadoras aos prestadores, as modalidades em que se aplicam o reajuste não tem correspondência exata com o valor pago pela operadora ao prestador, sendo o reajuste de tabelas de referência e valores de franquia pré-determinados em contrato.

O aspecto mais relevante a se observar, conforme ponderado na reunião da Diretoria Colegiada, é o impacto de prever critério de reajuste diverso para os planos de saúde e para as coparticipações e franquias, uma vez que teria impacto direto na precificação do produto, bem como traria necessário impacto operacional para a DIPRO que teria que rever Notas Técnicas de Registro de Produtos - NTRPs com muito maior frequência, além de registrar produtos novos também com maior frequência.

Explica-se: Uma vez que a mensalidade é calculada em cima de critérios atuariais que estimam a utilização dos serviços prestados e o valor que será recuperado pela operadora com o Mecanismo Financeiro de Regulação, estabelecendo-se uma relação direta entre a recuperação prevista e a mensalidade a ser paga, tem-se que desvincular as duas variáveis gerará desequilíbrio ao contrato a partir do primeiro reajuste, quando poderá haver um reajuste maior na mensalidade com um percentual menor de coparticipação proporcionalmente posto.

Supondo-se que:

- a mensalidade de um produto é R\$ 500,00;
- a coparticipação em consulta é de R\$ 50,00;
- o reajuste anual da mensalidade de 13,55% (reajuste autorizado pela ANS);
- o reajuste anual da coparticipação e franquia de 2,95% (IPCA acumulado de 2017);
- No segundo ano do contrato os valores seriam:
- a mensalidade de um produto é R\$ 567,75;
- a coparticipação em consulta é de R\$ 51,48.

Nessa hipótese, haveria um descolamento entre os valores praticados, de modo que, em alguns, o mecanismo financeiro de regulação deixaria de cumprir seu papel de racionalizar a utilização dos recursos de saúde, pois passaria a representar valor ínfimo frente à contraprestação pecuniária paga pelo beneficiário, conforme será demonstrado a seguinte:

Após 5 anos de contrato, os valores seriam os seguintes, considerando o mesmo percentual de reajuste:

- a mensalidade do um produto seria R\$ 851,06;
- a coparticipação em consulta é de R\$ 56,17;
- a coparticipação em consulta corresponderia a 6,6% da mensalidade.

Aplicando-se o mesmo raciocínio para todos os procedimentos, constata-se alteração substancial das bases atuariais sobre as quais foram construídos os produtos. Reforçando que os percentuais de coparticipação têm íntima relação com os valores de mensalidade, de modo que, quando esses percentuais baixam, pode-se gerar a necessidade de nova precificação do produto.

Contudo, há que se observar que, para planos coletivos, a consequência de reajustes com critérios diversos, cuja coparticipação venha a ser reajustada em percentual inferior ao reajuste da contraprestação pecuniária, será a aproximação dos valores de mensalidade dos planos com coparticipação aos valores de mensalidade cobrados nos planos sem coparticipação, podendo vir, em um caso extremo, a ultrapassá-lo, dado que o valor recuperado com a aplicação do mecanismo financeiro será menor e o equilíbrio do produto terá que ser garantido com o aumento da contraprestação base em percentuais cada vez maiores, o que trará grandes prejuízos para os beneficiários.

Para os planos individuais, contudo, uma vez que há a impossibilidade de ajustar os

valores em percentuais acima dos autorizados pela ANS, tal medida tenderia a reduzir o interesse das operadoras nesses produtos, bem como faria com que eventuais produtos existentes tenham sua comercialização suspensa a pedido da operadora por virem a se tornarem operacionalmente inviáveis.

Em ambas as hipóteses haverá uma tendência de criação de novos produtos com uma frequência maior para atender demanda de mercado por planos moderados com valores de mensalidade abaixo dos planos não moderados, o que gerará impactos operacionais para a ANS.

Assim, a opção regulatória proposta pela DIDES é no sentido de que haja transparência e informação ao contratante sobre as regras de reajuste de tabelas de referência e valores fixos pré-determinados em contrato. Dessa forma, com liberdade contratual, a estipulação desses critérios passa a transitar dentro dos seguintes limites: não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo contrato de plano privado de assistência à saúde e ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato (previsão do art. 9º, §4º e art. 10, §5º).

Ante o exposto, entende-se pela manutenção da redação prevista no art. 9º, §4º e art. 10, §5º

Art. 9º A coparticipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas (...)

§4º O reajuste dos valores contido na tabela de referência a que se refere o inciso II deste artigo, bem como do valor fixo definido no inciso III não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato.

(...)

Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas (...)

§5º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato.

3.8. Adequação das nomenclaturas do rol das denominações dos procedimentos isentos

Houve o apontamento na apreciação pela Diretoria Colegiada que a revisão dos nomes postos no anexo da minuta para os procedimentos isentos é necessária para adequar à nomenclatura do rol de procedimentos da ANS. Dessa forma, a DIDES se compromete a realizar, em conjunto com a DIPRO, as adequações necessárias para a aprovação da proposta pela Diretoria Colegiada.

3.9. Conceituar de forma mais clara "Contraprestação pecuniária base"

Ponderou-se importante uma melhor definição sobre o que seria considerado "contraprestação pecuniária base" com fulcro a evitar interpretações equivocadas sobre o conceito, uma vez que se vislumbra possível que a primeira mensalidade paga pelo beneficiário venha a ser afetada por alguma cobrança alheia a mensalidade do plano.

Como ponto de partida para essa definição parte-se do conceito estabelecido no anexo III da RDC 28/00, que instituiu a Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP:

"É o valor total, expresso em Reais, livres de co-participações, sem qualquer outro desconto ou dedução adicional, das receitas provenientes de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e/ou pagamento direto ao prestador."

Assim, para melhor definir o conceito proposto pela minuta apresentada para apreciação da Diretoria Colegiada da ANS propõe-se a seguinte redação para o novo art. 5º, §1º. Ademais, com relação a esta previsão, deverá ser considerada a ponderação trazida no item II.13, pelo que a redação aqui proposta já contempla ambas as alterações:

"Art. 5º

§1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pela prestação de assistência suplementar à saúde de um respectivo beneficiário, ainda que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de coparticipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.

3.10. Dos Planos Odontológicos:

Em relação aos Planos Odontológicos, faz-se necessária um esclarecimento em relação à proposta defendida pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial, uma vez que para essa modalidade de plano propõe-se a não incidência dos limites impostos pela norma.

Importante ressaltar que os Planos Odontológicos estão dispensados da obrigação de envio de Nota Técnica de Registro de Produtos, o que impossibilita a ANS de divulgar dados relativos à precificação dos produtos em sua publicação periódica que trata da precificação dos produtos na saúde suplementar.

Partindo-se dessa premissa, bem como do fato de o rol de procedimentos odontológicos contemplar um número reduzido de procedimentos em comparação com o rol de procedimentos médicos, entende-se que o estabelecimento de limites para planos odontológicos, considerando as informações disponíveis, inviabilizaria um acompanhamento dos efeitos específicos para esta modalidade de operadora.

Ademais, ao se analisar todos os documentos do processo, bem como as contribuições recebidas em Consulta e Audiência Pública, bem como em pesquisa, percebe-se que o foco das mesmas, exceto pelas contribuições do próprio setor, estão nos planos de saúde médicos, o que denota não haver um problema a ser enfrentado com relação aos planos odontológicos. Ademais, ao analisar as reclamações registradas por beneficiários na ANS, tendo como base as informações constantes do SIF - Sistema Integrado de Fiscalização, desde o ano de 2000, encontra-se apenas 47 (quarenta e sete) denúncias sobre o tema "coparticipação" e 08 (oito) sobre o tema franquia para planos odontológicos.

Reforce-se que para planos odontológicos se aplica a RN 59/2003, que traz a seguinte previsão:

Art. 2º A cobertura assistencial do plano deverá incluir todos os itens definidos pela ANS no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, devendo obrigatoriamente ser submetida a regime de pré-pagamento sem utilização de mecanismos de regulação financeira, as despesas relativas, no mínimo, aos seguintes procedimentos:

- I - consulta inicial;*
- II - curativo em caso de hemorragia bucal;*
- III - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;*
- IV - imobilização dentária temporária;*
- V - recimentação de peça protética;*
- VI - tratamento de alveolite;*
- VII - colagem de fragmentos;*
- VIII - incisão e drenagem de abscesso extra-oral;*
- IX - incisão e drenagem de abscesso intra-oral;*
- X - reimplante de dente avulsionado;*
- XI - orientação de higiene bucal;*
- XII - evidência de placa bacteriana;*
- XIII - aplicação tópica de flúor.*

Parágrafo único. Os procedimentos não incluídos no caput deste artigo, poderão ser submetidos a regime de pós-pagamento, de acordo com as regras estabelecidas nesta Resolução.

Desta análise entende-se que a regulamentação setorial já abordou peculiaridades em relação aos planos odontológicos quando permitiu a comercialização de planos em regime misto de pagamento, inclusive no que concerne ao estabelecimento de isenções de coparticipação e franquia.

Por esta razão optou-se por não particularizar questões afetas aos planos odontológicos uma vez que, por serem produtos cuja lógica de formação e a própria lógica da regulação diferem dos produtos médicos/hospitalares, poder-se-ia gerar um risco de desequilíbrio não mensurável pelo ente regulador.

Considerando a regulamentação vigente e a importância de se possibilitar o oferecimento de planos com mecanismos financeiros na segmentação odontológica, opta-se por não submeter as novas regras específicas de coparticipação no que concerne aos limites previstos na norma, desta forma a incidência da nova Resolução Normativa se dará em parte

Reforce-se que ao submeter as operadoras aos limites da norma sem que seja possível acompanhar o impacto da regra através da NTRP e da precificação dos produtos pode-se inviabilizar a disponibilização de produtos no mercado, o que, ao final de todo processo termina sendo uma consequência mais prejudicial para os consumidores que a inexistência de um limite arbitrado pelo ente regulador.

3.11. Regras para internações psiquiátricas

O tema saúde mental foi abordado no Capítulo IV, item IV.1.9, a partir da página 77 do Relatório de Análise de Impacto Regulatório, ocasião em que a área técnica opinou pela necessidade de revisão dos critérios previstos de forma a igualar o tratamento nas hipóteses de internações convencionais e psiquiátricas.

Embora tenha sido levado em conta o contexto da reforma psiquiátrica e a edição da Lei 10.216/01, discussões posteriores no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial demonstraram que é necessário um tratamento específico da questão, dada a sua peculiaridade.

Em razão disso, a proposta a ser apresentada para apreciação da Diretoria Colegiada retoma a lógica anterior com alterações pontuais: a coparticipação nesses casos segue a regra geral proposta na norma para os casos de internação, com cobrança através de valor fixo e único, diferindo-se, porém, com introdução de dispositivo que possibilite de cobrança de percentual a partir do 31º dia, de forma gradativa, até o limite de 30% (trinta por cento) sobre o valor monetário dos procedimentos realizados no evento.

Vale ponderar que tais internações possuem diferenças em relação às internações convencionais, que inclusive são tratadas de forma específica pela Lei 10.216, que prega a desinternação e utilização de meios extra-hospitalares para tratamento dos pacientes.

Por tal razão considera-se prudente a manutenção da lógica atual com a previsão de uma flexibilização que atenda ambas as partes. Ao mesmo tempo que se permite a cobrança imediata de uma parcela referente ao Mecanismo Financeiro de Regulação, reduz-se o percentual máximo aplicável e submete esse tipo de internação aos limites de exposição financeira. Assim a redação proposta passa a ser:

Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de Internação Psiquiátrica.

§1º Caso haja previsão contratual, após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão cobrar coparticipação em valor percentual, de forma crescente ou não, até o limite previsto no §2º do art. 9º, observadas as regras dispostas no art. 5º.

(...)

3.12. Inclusão no PIN-SS

Propõe-se, para reforço da transparência ao beneficiário, que seja incluída obrigação na RN 389/15 de que o saldo da franquia acumulada seja informado no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS, em seu componente referente a utilização dos serviços, pelo que se propõe a inclusão de novo inciso no §5º, no art. 9º, da RN 389 que passa a ter a seguinte redação proposta:

§5º Na hipótese de incidência de qualquer mecanismo financeiro de regulação, deverá ser informado mensalmente e de forma individualizada por procedimento para cada beneficiário:

- I - espécie de mecanismo financeiro de regulação foi aplicada;*
- II - o valor exato cobrado a título de mecanismos financeiros de regulação; e*
- III - o saldo remanescente, referente ao custeio pelo beneficiário, nas hipóteses de franquia dedutível acumulada previsto no art. 10, I da RN nº XXX/18.*

3.13. Aprimoramento dos conceitos em relação aos planos coletivos

Propõe-se as seguintes alterações de redação na norma de forma a tornar mais claras as regras previstas:

Nos §1º dos artigos 2º e 5º propõe-se alterar a redação dos dispositivos de forma a afastar a interpretação pela qual o limite de exposição financeira seria extremamente reduzido ou

mesmo inviabilizado em hipóteses nas quais o custeio do plano de saúde, seja referente a contraprestação pecuniária base ou a aplicação de mecanismo financeiro de regulação, seja arcado integral ou parcialmente pelo contratante. As redações anteriores consistiam em:

Art. 2º

§ 1º A Coparticipação é o valor efetivamente pago pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde.

Art. 5º

§1º Considera-se contraprestação-base aquela devida pelo beneficiário no primeiro mês do ano de vigência do contrato, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.

Desta forma as redações propostas passam a ser:

Art. 2º

§ 1º A Coparticipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.

Art. 5º

§1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, ainda que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de coparticipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.

3.14. Tratamento das renovações em contratos firmados anteriormente à norma

Em relação ao art. 13, deve-se deixar claro que a norma antiga permanece aplicável aos contratos coletivos cuja renovação se dá automática e periodicamente (renovação anual, bienal, etc.), desde que não tenham sido negociadas qualquer alteração nas regras contratuais acerca dos Mecanismos Financeiros de Regulação. Propõe-se, pois, a inclusão do parágrafo único com a seguinte previsão:

Parágrafo único - A renovação do contrato firmado antes da vigência da norma, somente operará na incidência das regras dispostas nesta norma quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.

Dessa forma, caso a renovação contratual altere as regras acerca de mecanismos financeiros de regulação, estas devem obedecer integralmente a presente norma, inclusive com o encaminhamento das informações previstas nos arts. 12 e 14.

3.15. Ampliação o prazo de *vacatio legis*

Por fim, foi sugerido pela DICOL a avaliação pela DIDES da ampliação da *vacatio legis* estabelecida de 90 (noventa) dias para a referida norma entrar em vigor.

Percebe-se que, na forma do art. 12 da referida proposta, tal norma só se aplicará aos contratos firmados a partir da vigência da referida norma. Dessa forma, não haverá impacto imediato nos contratos em vigor, mas sim somente nos casos de novas contratações e, ainda, somente após o prazo de 90 (noventa) dias de vigência.

Ainda assim, considerando o teor da norma e as diversas alterações propostas em cima da lógica atual, posta pela Resolução CONSU 08/98, entende-se prudente a ampliação do prazo de vigência, recomendando-se que a norma passe a vigorar 120 (cento e vinte) dias após sua publicação.

Dessa forma, opta-se por alterar o prazo do art. 17:

Art. 17. Esta norma entra em vigor 120 (cento e vinte) dias após sua publicação

4. CONCLUSÃO:

Feitos esses esclarecimentos encaminha-se a presente Nota para subsidiar a deliberação da Diretoria Colegiada em nova apreciação da proposta de Resolução Normativa que trata dos Mecanismos Financeiros de Regulação.

Anexado a esta Nota encontra-se o quadro resumo demonstrando os apontamentos e as alterações realizadas em relação a minuta apresentada em 15/12/2017.

À consideração superior e posterior encaminhamento à DICOL juntamente com a minuta da proposta.

ANEXO I

PONTOS DA APRECIÇÃO	DIRETORIA	STATUS	Localização na Nota
Inclusão da observância às regras da Resolução Normativa - RN nº 259/11 nos casos de procedimentos isentos	DIFIS	Adequação do § 2º e inclusão do §4º no art. 4º.	3.1
Estabelecer valores fixos e únicos de mecanismos financeiros de regulação nos atendimentos em pronto-socorro e internação	DIFIS	Adequação do artigo 8º.	3.2
Estipular limite máximo, com base nos limites mensais, para valores cobrados em atendimentos em pronto-socorro.	DIOPE	Adequação do artigo 8º.	3.2

Tratamento a ser dado nas hipóteses de internação no regime Hospital-dia	Discussões Internas	Inserção do §3º, no art. 8º.	3.2
Alteração do percentual máximo de coparticipação, de 40% para 30%;	DIFIS	Adequação do artigo 9º, § 2º.	3.3
Previsão de excepcionalização dos limites por acordos e convenções trabalhistas	DIOPE	Inclusão do art. 11.	3.4
Regulamentar de forma clara a transição entre limites financeiros anuais e eventuais resíduos de débitos ainda não cobrados	DIOPE	Adequação Normativa dos §§3º e 4º do artigo 5º.	3.5
Previsão expressa sobre a impossibilidade de cobrança do que passar do limite financeiro anual	DIFIS	Adequação do §5º do art. 5º.	3.5
Avaliar incidência do limite mensal na modalidade de Franquia dedutível acumulada	DIOPE	Manutenção da redação do §7º do art. 5º.	3.6
Aprimoramento das regras de franquia.	Discussão Interna	Divisão do §1º em 2 e alteração da redação do § 4º (renumerado para §5º)	3.6
Do critério de reajuste da coparticipação e franquia;	DIOPE	Manutenção da redação do art. 9º, §4º e art. 10, §5º.	3.7
Adequar o rol das denominações dos procedimentos isentos.	DIPRO	Será realizada em conjunto com a DIPRO.	3.8
Definir de forma mais precisa "Prestação pecuniária base"	Discussão Interna	Alteração do art. 5º, §1º.	3.9
Fundamentação para Planos Odontológicos	Discussão Interna	Aprofundamento na fundamentação.	3.10
Regras para internações psiquiátricas	Discussão Interna	Alterações no art. 7º.	3.11
Inclusão no PIN-SS	Discussão Interna	Inclusão do inciso III no §5º do art. 9º.	3.12
Aprimoramento dos conceitos em relação aos planos coletivos	Discussão Interna	Alteração na redação do §1º do art. 2º e §1º do art. 5º	3.13
Tratamento das renovações em contratos firmados anteriormente à norma	Discussão Interna	Inserção do parágrafo único no art. 13	3.14

Ampliação do prazo de <i>vacatio legis</i>	DIOPE	Alteração no art. 18.	3.15
--	-------	-----------------------	------

[1] Utilizou-se o Mapa Assistencial por ser uma publicação oficial da ANS, disponibilizada através de seu sítio institucional, contudo, em extração de dados do sistema TISS o percentual para o ano de 2016 é de 21,64%.

[2] Acessada em 26/12/2017 através do endereço eletrônico

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/moa/2017_fichas_tecnicas_novo_risco_assistencial_versao_corrigida_portaria_1631_2015.pdf

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo de Barros Macieira, Gerente de Assessoramento Jurídico e Contratualização com Prestadores**, em 25/01/2018, às 18:05, 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 25/01/2018, às 18:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIDES**, em 25/01/2018, às 18:15, 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 **5344518** e o código CRC **FC6977AF**.

Referência: Processo nº 33910.000554/2017-50

SEI nº 5344518