

PROCESSO Nº: 33910.000554/2017-50

NOTA TÉCNICA Nº 5/2017/ ASSNT/DIDES

INTERESSADO:

ASSESSORIA NORMATIVA DA DIDES, DIRETORIA ADJUNTA DA DIDES, ASSESSORIA TÉCNICA E DE GESTÃO DA DIDES, DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL, ASSESSORIA DE INFORMAÇÃO DA DIDES

I -INTRODUÇÃO:

Trata-se de análise técnica acerca da proposta de regulamentação dos Mecanismos Financeiros de Regulação, cuja discussão encontra-se em andamento através de GT DIDES, originado do GT Interáreas ocorrido no ano de 2016.

O assunto foi definido como prioritário para discussão no âmbito do Lab-DIDES, em reunião ocorrida em 13/05/2016, sendo certo que à época a atribuição para regular sobre o assunto encontrava-se regimentalmente sob a Diretoria de Produtos.

Com a publicação da Resolução Normativa - RN nº 415, de 28 de novembro de 2016 a atribuição foi passada a esta Diretoria que hora se manifesta sobre o assunto.

Considerando, no entanto, que esta não é uma discussão nova dentro da ANS é importante destacar que desde antes da criação da Agência Nacional de Saúde, de alguma forma, o tema já é discutido e, já no ano de 1998, após a edição da Lei 9656/98 o CONSU (extenso) publicou a Resolução CONSU 08/1998 que trouxe alguns regramentos genéricos e pouco elucidativos sobre o tema.

Desde então diversos foram os questionamentos e diversas foram as interpretações dadas as previsões normativas. Enfrentou-se, por exemplo, a questão sobre o que e qual seria o limite que caracterizaria o "Fator Restritor Severo", conceito indeterminado trazido pela Resolução.

Não se pode afastar a insegurança que a existência de uma regra tão pouco específica traz ao mercado da saúde suplementar, seja sob o ponto de vista de sua sustentabilidade, mas, sobretudo, de sua transparência, pois a omissão da norma, no mais das vezes, resulta na falta de informações e agravamento da falha de mercado relacionada a essa.

Uma nova norma sobre o assunto visa, primariamente suprir uma lacuna deixada pela regra pouco específica editada antes mesmo da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que traz para um assunto complexo como o aqui discutido apenas as seguintes menções:

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

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

VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

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

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

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

Parágrafo único - Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

Art. 4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:

a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;

VII – estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.

Tais previsões se mostraram insuficientes para harmonizar o mercado nesses quase 20 anos de sua edição, com grande controvérsia sobre o conceito de "fator restritor" e um aspecto bastante significativo do problema em análise é a pouca variedade dos produtos oferecidos no mercado, restringindo-se basicamente a planos com 10, 20 ou 30% de coparticipação em determinados procedimentos.

A questão essencial que se encontra pendente de definição e que, por conseguinte, foi o ponto de partida da presente proposta, é a natureza desses Mecanismos de Regulação, se esses mecanismos são considerados como forma de o beneficiário "cofinanciar" sua assistência ou se são meros inibidores de uso para mitigação do risco moral. Desta omissão resulta grande confusão, pois hora os mecanismos são tratados de uma forma, hora de outra.

II - HISTÓRICO

Sem a pretensão de trazer uma análise histórica exaustiva sobre o tema queremos aqui demonstrar que a discussão não se iniciou na reunião mencionada do Lab-DIDES, já estando na pauta da ANS há algum tempo.

No processo administrativo nº 33902.527905/2012-60 a Assessoria Normativa dos Produtos – ASSNP/DIPRO questiona a PROGE qual seria a interpretação sobre o conceito de cobertura assistencial, especialmente sobre a integralidade da garantia do risco, tendo a PROGE respondido através do Parecer 414/2013/GECOS/PROGE, com base em interpretação do do art. 1º, I, da Lei 9656/98, que a ANS deve atentar para que a assistência não seja custeada integralmente pelo consumidor.

Tal manifestação ocorreu em razão de proposta apresentada por entidade representativa que alterava o conceito de franquia apresentada na norma. Análise desta proposta encontra-se na Nota nº 43/2013/GGEFP/DIPRO/ANS.

Através da Nota nº 1243/2014/GGEFP/DIPRO essa Gerência-Geral propõe a inclusão do tema Mecanismos Financeiros de Regulação em Minuta que iria para consulta pública tratando do tema “Mecanismos de Regulação”.

Nesta Consulta diversas contribuições foram recebidas pela ANS e analisadas pela área técnica então competente para o assunto, contudo não se chegou a publicar um Resolução Sobre o tema.

A discussão então retornou para a pauta no âmbito do Lab-DIDES, tendo sido incluída no GT Interáreas que discutiu também o tema da venda remota de planos de saúde e posteriormente a discussão seguiu no GT de Coparticipação e Franquia.

Destaque-se que a discussão é bem anterior ao processo mencionado, conforme exposto pela Diretora-Adjunta de Normas e Habilitação dos Produtos em sua apresentação no âmbito do GT Interáreas.

III – DAS DISCUSSÕES NO ÂMBITO DO GT INTERÁREAS

Foram realizadas reuniões em 14/07/16, 05/09/2016 no GT Interáreas e 31/10/2016, 22/11/2016 e 14/02/2017 no GT de Coparticipação e Franquia.

Em 14/07/16 as apresentações consistiram em:

1. Carla de Figueiredo Soares Carla Soares, Diretora-Adjunta da DIPRO, apresentou um panorama sobre os mecanismos financeiros de regulação de uso de serviços na saúde suplementar, o que incluiu a justificativa de atuação regulatória, um diagnóstico situacional e a identificação dos problemas e de lacunas/falhas regulatórias. Destacou ainda os três pilares que devem basear a discussão: clareza contratual, definição clara de limites e modelagem contratual da franquia e coparticipação e delimitação da incidência dos fatores moderadores.
2. Frederico Villela Frederico Villela, Gerente-Geral da DIFIS, apresentou os conceitos de coparticipação e franquia com os quais a regulação da ANS trabalha atualmente e o arcabouço legal e normativo do tema em questão.
3. César Lopes, consultor da Towers Watson Brasil, apresentou um panorama sobre a cobertura da assistência médica da saúde suplementar brasileira. Também apontou dados sobre coparticipação, franquia e outros fatores moderadores, principalmente em planos coletivos empresariais no Brasil e nos EUA.
4. Solange Beatriz Solange Beatriz, Presidente da FenaSaúde, discursou sobre o cenário da crise econômica atual e a necessidade de medidas de sobrevivência. Segundo ela, “aquele que usa o sistema precisa fazer parte da lógica do pagamento”, ou seja, o beneficiário precisa ser estimulado a zelar pelo controle desse benefício. Também defendeu a liberdade contratual, possibilitando que quem contrata um plano de saúde, seja o empregador, seja o próprio beneficiário, é que deve definir se o valor de franquia ou o percentual de coparticipação é adequado ou não.

5. José Antônio José Antônio, do Instituto Brasileiro de Atuária, encerrou as apresentações apresentando um panorama sobre a coparticipação no Brasil e as consequências desse instrumento. Afirmou que é um fator importante, mas que, se seu percentual for baixo demais, não consegue cumprir seu papel de moderador.

Em 05/09/2016 a operadora CAPESESP fez uma apresentação no qual analisa a frequência de uso dos planos com e sem coparticipação e ainda faz uma análise com base em dados de estudos internacionais.

Em 31/10/2016 a Diretora de Desenvolvimento Setorial fez sua apresentação expondo as contribuições até então recebidas pelo GT para o tema.

Em 22/11/2016 a Diretora de Desenvolvimento Setorial apresentou um primeiro esboço de minuta de Resolução Normativa para que os participantes pudessem colocar suas contribuições em cima de questões mais concretas.

A Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos apresentou estudo feito no âmbito da sua Diretoria em que analisa as Notas Técnicas de Registro dos Produtos, comparando os planos registrados com e sem coparticipação na ANS.

Representante da FENASAÚDE apresentou, por fim, estudo sobre os impactos da utilização de Mecanismos Financeiros conforme literatura existente.

Em 14/02/2017 a Diretora de Desenvolvimento Setorial apresentou minuta já com a análise das contribuições feitas pelos participantes do GT.

IV – CENÁRIOS:

Antes de se adentrar na análise da minuta proposta vale mencionar o estudo de cenários que levou a Diretoria de Desenvolvimento Setorial a optar pela proposta aqui colocada.

A definição do cenário é um ponto essencial para a elaboração de uma boa análise de impacto, desta forma é necessário que se chegue ao ponto da análise em que é possível fazer o exame mais amplo do cenário sem que se perca a precisão da análise.

Isso porque, dependendo do parâmetro que se escolhe para elaborar cenários podemos acabar com um universo infundável destes, com cenários diversos para cada pequena variação que pode haver dentro de uma proposta em elaboração.

Da análise do caso concreto concluímos que o melhor parâmetro para análise de cenários seria a própria natureza destes Mecanismos Financeiros, pelo que propusemos três cenários distintos, o de manutenção do status atual, em que não se define claramente a natureza dos mecanismos, o que gera insegurança pela possibilidade de se aplicar decisões conflitantes sobre o tema; a definição da natureza dos mecanismos como forma de cofinanciamento do plano pelo beneficiário e a definição da natureza como fator moderador para mitigação do risco moral, opção adotada nesta minuta.

Outros cenários poderiam ser pensados, como a incidência ou não de limites percentuais para a fixação de coparticipação e franquia, mas estes, não obstante existam na norma, não apresentam tanto impacto ao se analisar a proposta como um todo.

CENÁRIO 1 – MANUTENÇÃO DA REGRA VIGENTE – INDEFINIÇÃO DA NATUREZA DO

MECANISMO NA NORMA:

Conforme descrito na introdução desta Nota o cenário vigente gera grandes ineficiências em todo o setor. Inicialmente a falta de uma definição da natureza dos institutos inibe não só a oferta de produtos com tais características como a própria criação dos mesmos, reduzindo a possibilidade de escolha dos beneficiários a poucos produtos, que muitas vezes não se adequam ao seu perfil de utilização do Plano de Saúde.

Atualmente a discussão resume-se ao percentual de coparticipação admitido pela regulação, havendo um limite previsto, mas não disposto em norma, de 30%, contudo entendemos que essa discussão deve ser muito mais ampla do que isso, levando em conta diversos outros fatores como a indução de qualidade.

Há, ainda, uma indefinição sobre regras que faz com que operadoras acabem abusando dos Mecanismos como forma de maximizar lucros, uma vez que estipulam coparticipação em cima de tabelas que podem levar em conta valores de referência muito acima daqueles que são pagos aos credenciados pela prestação de serviços. Nesse sentido recebemos algumas denúncias recentes em que a parcela cobrada a título de coparticipação para o beneficiário superava em muito o valor pago para a prestação do serviço.

Questão contraditória na norma atual também pode ser constatada quando não se permite a utilização dos valores pagos em coparticipação e franquia para fins de configuração dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, pois não se trata de cofinanciamento, mas não admite a incidência de uma franquia que represente custeio integral de um procedimento, praticamente inviabilizando a aplicação deste mecanismo no “baixo risco”, desconsiderando que a natureza desta não parece ser a de financiar, mas de inibir o mal uso.

Nesse sentido vale considerar em cima do Parecer da Procuradoria supra citado que o parâmetro de aferição do critério de cobertura precisa ser considerado de forma mais ampla, considerando a assistência prestada como um todo e não o procedimento isolado, razão pela qual entendemos que tecnicamente esta análise deve ser retomada para que possibilite a formatação de novos produtos e um melhor uso do instituto da franquia.

Com quase 20 anos de CONSU 08/98, o fato de ainda persistirem dúvidas e de inexistir uma grande variedade de produtos disponibilizados, demonstra que a norma se encontra obsoleta, sendo bastante arriscado sua manutenção, ainda que seguida de notas, entendimentos e súmulas, pois estas não confeririam a segurança jurídica necessária para a disponibilização de produtos no mercado, dado que tal tema é controverso e passível de ser judicializado.

Desta forma entendemos que a manutenção do cenário vigente não atende os fins da regulação, não contribuirá para o aumento da oferta de planos para diversos perfis de consumidor, tampouco será capaz de por si só aumentar a quantidade e a qualidade das informações disponíveis a sociedade em geral.

A manutenção do status quo, pelo contrário, aumentará a insegurança jurídica e contribuirá para o cenário de pasteurização dos produtos oferecidos no mercado, que entre outras coisas contribui para a extinção de determinados tipos de produtos.

Ressalte-se que atualmente o entendimento que vigora é o de que esses mecanismos são mitigadores do risco moral, contudo, por não estar expresso, pode vir a ser alterado sem a necessidade de se passar por um processo normativo com ampla participação da sociedade.

CENÁRIO 2 – DEFINIÇÃO DO MECANISMO COMO COFINANCIAMENTO POR PARTE DO BENEFICIÁRIO:

Alternativa aventada nas reuniões do Grupo de Trabalho foi a de considerar efetivamente os Mecanismos Financeiros de Regulação como forma de cofinanciamento do plano pelos beneficiários, que passariam a repartir os riscos do negócio com a própria operadora.

Tal alternativa apresenta vantagens e desvantagens para ambas as partes, mas traria uma consequência extrema para o beneficiário que seria a possibilidade de rescisão unilateral do contrato quando da inadimplência da parcela devida pela aplicação dos mecanismos.

Essa desvantagem supera em muito a vantagem que teria para esse grupo de se considerar esse pagamento para fins de concessão dos direitos do artigo 30 e 31 da Lei 9656/98, uma vez que gera um risco extremo para os beneficiários de planos individuais, sendo uma forma possível de seleção adversa, por exemplo, pela emissão de faturas separadas gerando confusão nos beneficiários que podem vir a deixar de pagar a parcela de coparticipação.

No caso da aplicação dos artigos 30 e 31 a própria interpretação da lei deixa evidente o enquadramento, uma vez que concede o direito para todos os beneficiários que participam de seu custeio.

Questão que merece uma análise também neste cenário é o financiamento dos procedimentos previstos no rol, uma vez que na Lei 9656/98, em seu artigo 1º, inciso I, ao definir plano de saúde, além-se ao conceito de que este deve cobrir integral ou parcialmente as despesas dos beneficiários[1], o que impossibilitaria a utilização de alguns mecanismos no baixo risco se interpretado, conforme exposto anteriormente, como cobertura de cada procedimento específico.

Portanto, além de colocar o consumidor em risco quanto a manutenção do seu vínculo pelo não pagamento de uma parcela que até certo ponto é imprevisível, reduz drasticamente a possibilidade de utilização dos Mecanismos naquele risco que é mais afetado pela falha de mercado.

CENÁRIO 3 – DEFINIÇÃO DO MECANISMO COMO MITIGADOR DO RISCO MORAL:

Definir o Mecanismo Financeiro de Regulação como um instrumento para mitigar o risco moral tem de imediato o efeito de afastar a parcela paga a título deste do custeio do plano de saúde, ou seja, não se pode utilizar o pagamento para fins de enquadramento nos artigos 30 e 31 da lei, mas, tampouco, possibilita que um contrato seja rescindido pelo não pagamento desta parcela.

Igualmente se afasta, ainda que possível interpretação em contrário, da limitação legal que impede que determinados procedimentos sejam integralmente custeados pelos beneficiários, pois no caso específico esse valor, embora banque integralmente um procedimento, tem a finalidade de evitar o uso desnecessário do plano de saúde, impondo um pequeno pagamento pelo acesso ao serviço prestado[2].

Permite-se, pois, o oferecimento de uma gama muito maior de produtos do que hoje se possibilita, uma vez que torna muito mais factível a utilização do mecanismo da franquia e mesmo da coparticipação em algumas formas que atualmente podem ser entendidas como vedadas pela legislação.

Essencial, no entanto, que essa abertura que está se propondo seja acompanhada de ampla divulgação de todas as informações pertinentes aos consumidores, caso contrário haverá um

agravamento do problema com o crescimento da assimetria de informação no setor.

Analisando-se o aspecto da eficiência, portanto, ao se garantir a possibilidade de se ampliar a oferta de produtos, desde que atentos a necessidade de divulgação das informações, estaremos garantindo o melhor funcionamento, com menos custos e mais concorrência, trazendo benefícios ao próprio consumidor, que terá a sua disposição produtos diversificados que melhor se amoldarão ao seu perfil.

Pela equidade se verifica que a interpretação do conceito neste cenário traz vantagens e desvantagens genéricas para ambas as partes, contudo, analisando-se o contexto temos que é a interpretação que melhor atende o interesse público por ser a que garante maior estabilidade das relações existentes, até por não abrir a possibilidade de rescisão unilateral por inadimplemento de valor devido a título de coparticipação ou franquia.

V – DA MINUTA DE RESOLUÇÃO NORMATIVA:

A Análise que se segue visa esclarecer os principais pontos da proposta em que possa haver algum tipo de dúvida, não tendo a intenção de ser uma versão comentada da mesma, pelo que não serão colocados comentários sobre cada um dos artigos propostos, contudo, quando pertinente, analisaremos o impacto da medida para o setor regulado.

“Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre os mecanismos financeiros de regulação que poderão ser utilizados pelas operadoras em seus produtos a serem disponibilizados ou contratados no mercado de saúde suplementar.

§1º - As regras desta RN aplicam-se aos produtos registrados após sua vigência, sendo permitido às operadoras a adequação dos produtos existentes às regras aqui dispostas.

§2º - Os produtos que se utilizam de Mecanismos Financeiros de Regulação e que foram comercializados antes da vigência desta RN permanecerão regulados pela legislação vigente a época, e podem permanecer com comercialização ativa.

§3º - O desembolso a título de coparticipação ou franquia pelo beneficiário não tem natureza de cofinanciamento, não sendo considerados para fins da obtenção dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.”

O artigo 1º da norma traz a norma de temporariedade para a aplicação da RN. Tem o viés de reduzir eventual impacto pela elaboração de um normativo que poderia ser muito grande, até insuportável para as operadoras se fossem obrigadas a adequar todos os seus produtos comercializados, bem como os produtos registrados na ANS.

Por esta razão optamos por manter “dois mundos” existindo paralelamente, aquele regido pela CONSU 08/1998, que engloba todos os produtos registrados até a vigência desta nova regulamentação e que ainda poderão ser comercializados e o mundo regido pela nova RN, nada

obstando que operadoras adaptem seus produtos existentes às novas regras, desde que o faça na integralidade.

Ainda nesse artigo coloca-se a previsão de não enquadramento dos mecanismos financeiros de regulação para fins de se obter os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

Essas duas previsões trazem uma estabilidade ao mercado e garantem que aquelas operadoras que quiserem se manter no mundo atual não precisarão desenvolver qualquer dos sistemas ou garantir qualquer dos direitos novos previstos, contudo deixarão também de serem beneficiadas pelas oportunidades advindas da presente proposta.

Por esta razão entendemos que o impacto para o mercado da RN em discussão foi bastante reduzido a ponto de ser facilmente suportado por todos, com a possibilidade de implementação gradual dos conceitos novos.

Art. 2º Para fins desta norma entende-se Mecanismos Financeiros de Regulação os fatores moderadores de uso destinados a mitigar a incidência do instituto do risco moral no mercado de Saúde Suplementar.

O artigo 2º define o escopo do Mecanismo Financeiro de Regulação, afastando o caráter de cofinanciamento, como já discutido na análise dos cenários.

Embora possa parecer um preciosismo fazer constar tal previsão na norma é ela que garantirá a segurança jurídica e norteará toda a interpretação do normativo, evitando-se manifestações contraditórias ao se definir o alcance de cada instituto aqui previsto.

Art. 4º Coparticipação é o valor pago pela utilização de um procedimento, a exceção de internações, podendo se apresentar das seguintes formas:

I - percentual do custo real quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços;

II - percentual da tabela quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela com valores de referência, independente do valor a ser pago pela operadora, ao prestador;

III - valor monetário fixo para cada procedimento/grupo específico; e

IV – percentual incidente sobre o valor da contraprestação pecuniária, referente a diferentes procedimentos.

§1º O percentual máximo de coparticipação a ser cobrado nas modalidades previstas nos incisos I e II não poderá ultrapassar 40% do valor do procedimento.

§2º Admite-se coparticipação acima dos limites expostos no parágrafo anterior quando da concessão de coberturas que não integrem o rol de procedimentos da ANS

§3º A modalidade prevista no inciso IV deverá usar como base a quinta faixa etária prevista para o produto, na forma da norma vigente ou outro valor de referência desde que seja de pleno conhecimento do beneficiário.

§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência, as mesmas poderão ser atualizadas anualmente tendo como base a média do reajuste concedido aos prestadores de serviço credenciados, conforme previsão em contrato.

Este artigo elenca as formas de coparticipação permitidas e é paradoxal perceber que o tema que monopolizou as discussões foi o percentual máximo de coparticipação que pode incidir sobre o procedimento, sendo que esse é apenas um dos muitos produtos que podem ser desenvolvidos em cima da proposta.

De toda forma, após análise de estudos desenvolvidos sobre o tema estabelecemos o percentual em 40%, isto porque há suficiente respaldo para afirmar que percentuais altos de coparticipação potencialmente inibem o uso necessário do plano de saúde, ao passo que percentuais menos elevados apenas inibiriam o uso desnecessário[3][4][5].

Com relação aos tipos de coparticipação previstos vale a pena exemplificar como cada um deve funcionar:

I – Será estabelecido no contrato um percentual, que não poderá ultrapassar 40% do valor pago ao prestador específico que realizar o procedimento. Aqui existem N tabelas de referência de acordo com N nº de prestadores que atendem aos beneficiários das operadoras, de forma que a coparticipação de um mesmo procedimento não necessariamente terá o mesmo valor quando este for realizado em prestadores diferentes.

A vantagem deste método é que o beneficiário jamais arcará com o pagamento de um valor maior que os 40% do que efetivamente é pago pelas operadoras, contudo a desvantagem é que para o consumidor há maior dificuldade de visualizar e planejar seus gastos com o plano de saúde.

II – Tem como referência uma única tabela que precisa ser divulgada pela operadora e faz parte do contrato firmado com o beneficiário. Nesta modalidade, embora incida o limite de 40% sobre o valor estipulado em tabela, ao comparar com o custo real esse percentual pode vir a ser maior.

A vantagem deste método é a facilidade de visualização e planejamento pelo beneficiário, bem como acaba sendo um modelo de mais simples implementação para operadoras. A grande desvantagem aqui está no fato de que não haverá distinção de valor para a rede, ademais, a ampla divulgação de uma tabela, mesmo que de referência, pode pressionar as operadoras em eventual negociação com seus prestadores de serviço que forem remunerados com valores abaixo da mesma.

III – Aqui a operadora estabelece um valor fixo para cada procedimento ou grupo de procedimento e esta tabela de valores terá que estar disposta em contrato, para que o beneficiário tenha conhecimento prévio sobre quanto lhe custará, além da mensalidade paga a assistência buscada. Determina-se, pois valores X para exames laboratoriais (ou para um exame específico), Y para exames de imagem (ou um exame específico), sempre na lógica de que pagará um valor fixo, pré-

estabelecido para a realização do procedimento.

A vantagem deste método é a extrema facilidade de se acompanhar os gastos do beneficiário com a coparticipação e a facilidade com que a operadora consegue manter o controle sobre o valor de incidência, a desvantagem é que existe grande diferença entre os procedimentos de cobertura obrigatória, exigindo um grande esforço para a elaboração de uma tabela que leve em conta a especificidade de cada um, por outro lado, ao agrupá-los há grande risco de gerar sobrepreço em alguns procedimentos, ao passo que outros terão um valor subdimensionado. É, portanto, mais complexa do que pode parecer a elaboração de uma tabela nesse sentido.

IV – Muito semelhante ao anterior, contudo, aqui, o procedimento ou grupo de procedimentos estará precificado conforme a mensalidade paga pelo beneficiário. Aqui cada procedimento terá seu valor definido por uma porcentagem da contraprestação pecuniária.

Por óbvio os percentuais aqui previstos tendem a ser pequenos, caso contrário o produto não terá qualquer apelo comercial.

A vantagem deste mecanismo é que acaba dimensionando o valor da coparticipação ao poder aquisitivo do beneficiário. Aqueles que pagam mais por um plano de saúde pagarão mais pela coparticipação, sem a necessidade de se elaborar uma tabela diferente para cada produto comercializado. A desvantagem é que não é um produto de fácil visualização para nenhuma das partes e por ser algo totalmente novo no nosso mercado ninguém sabe ainda como fazê-lo.

Duas questões pertinentes de se colocar na análise deste artigo são as regras de reajuste para as tabelas trazidas nos tipos I e II, que levarão em conta os valores negociados com a rede prestadora, sendo este um parâmetro muito mais justo, eis que a coparticipação incidirá sobre o uso do serviço e o estabelecimento de uma faixa referência para a modalidade III, de forma a não impactar de forma desproporcional os beneficiários mais idosos.

Art. 6º É permitido às operadoras a adoção de coparticipação de 100% de forma alternativa a imputação de carência ou de Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Parágrafo único – Em se optando por tal medida o beneficiário terá acesso a todas as coberturas previstas em seu contrato, arcando com 100% dos custos, em forma de coparticipação, daqueles procedimentos que estariam em carência ou incluídos na CPT, pelo mesmo período que estas medidas estariam em vigor.

Aqui a norma não está trazendo propriamente um Mecanismo Financeiro de Regulação, razão pela qual estamos efetivamente falando do custeio de procedimentos. Aqui estamos oferecendo uma faculdade para que as operadoras possam oferecer um serviço misto em que ao mesmo tempo teremos um plano que funcionará como pré e pós pagamento.

Não vemos um impacto financeiro relevante para as operadoras, uma vez que o beneficiário estará arcando com 100% do valor dispendido para sua assistência. A vantagem para o consumidor é clara, uma vez que está usufruindo dos valores negociados pelas operadoras que são inferiores ao cobrado no atendimento particular.

Art. 7º Nos atendimentos de urgência ou emergência a coparticipação não será devida se estes progredirem para a internação do consumidor.

Os estudos acima referenciados também demonstram que a cobrança de coparticipação, quando em valores moderados, conseguem inibir o mau uso do plano de saúde, sem, contudo, inibir o uso necessário. Tal situação decorre da capacidade que o próprio indivíduo tem de mensurar sua real necessidade de utilização do serviço.

Nesse contexto adotamos como parâmetro a internação posterior, uma vez que nesses casos seria inegável a utilização necessária.

Art. 8º É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente às consultas e exames marcados e não realizados em razão do absenteísmo injustificado do mesmo, desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Um grande problema na relação entre prestadores e operadoras de planos de saúde está no pagamento por consultas e exames não realizados. Por um lado o prestador reservou um lugar em sua agenda e se colocou em disponibilidade para atender determinado beneficiário, e, com isso, não pôde atender no horário; por outro a operadora, que não viu o serviço ser prestado, não se vê na obrigação de pagar pelo serviço.

Aqui colocamos que a operadora poderá cobrar pela coparticipação do procedimento, desde que remunere o prestador de serviços. Não se trata de uma regra impositiva que determine tal conduta das operadoras, mas serve para vincula-la.

Art. 9º Franquia é o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de custeio, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada, podendo apresentar as seguintes formas:

I - Franquia Acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 1 ano (12 meses), até atingirem o valor R\$ X, na forma do contrato;

II - Franquia por Evento/grupo de eventos, correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos até o valor R\$ X;

III - Franquia Limitada, ocorre nas hipóteses em que o mecanismo de regulação só passa a incidir quando os procedimentos/eventos custem acima do valor R\$ X.

Primeiro aspecto que pontuamos com relação a franquia é que seu conceito e suas possibilidades estão bem mais amplas do que o que se admite atualmente, sobretudo por conta da natureza atribuída ao Mecanismo Financeiro de Regulação e a interpretação técnica de que a integralidade da cobertura do plano de saúde não deve ser aferida sobre procedimentos individualmente considerados, mas pela integralidade destes. Dito isto passamos a análise individualizada das formas de franquia prevista:

I – Limitados ao período de 1 ano as operadoras definirão em contrato um valor de franquia até o qual os beneficiários serão responsáveis. Isso implica necessariamente que o beneficiário arcará integralmente com os custos de determinados procedimentos realizados na rede prestadora. Aqui, essa modalidade, garante a cobertura do alto risco, mas traz um potente fator moderador para o baixo risco, fazendo com que o beneficiário pondere mais a correta utilização.

A vantagem desse produto é que ele pode ser moldado para beneficiários de renda mais alta, bem como para empresas que arquem integralmente com as despesas de saúde de seus funcionários. A desvantagem é que não gera um produto atrativo para a maioria dos indivíduos se pensarmos isoladamente.

II – Nessa modalidade tem-se um limite estabelecido de “isenção” pelo qual a operadora não arcará com o pagamento. Dê-se, por exemplo, que o limite estabelecido é de R\$ 200,00. Acaso o beneficiário realize uma consulta de R\$ 50,00 ele pagará a título de franquia R\$ 50,00 e a operadora pagará R\$ 0. Por outro lado, se o procedimento custar R\$ 20.000,00, o beneficiário somente arcará com R\$ 200,00 e a operadora com o restante do valor de R\$ 19.800,00.

A vantagem para o beneficiário é que o alto risco está muito mais sob responsabilidade da operadora, obviamente a depender do valor estabelecido, o que pode vir a ser uma desvantagem da proposta, eis que limites de franquia muito altos gerarão produtos pouco atrativos ou que podem vir a prejudicar o beneficiário se as informações não forem muito bem colocadas. Ressalte-se, no entanto, que uma das grandes preocupações desta norma foi a transparência e a disponibilização de todas as informações necessárias aos beneficiários.

Coloca-se aqui, novamente, a discussão sobre a cobertura da integralidade do valor de procedimentos para o beneficiário, pois entendemos que essa integralidade deve ser aferida diante de todo o rol de procedimentos ofertados e não apenas de um procedimento específico realizado.

III – Nessa modalidade temos dois parâmetros a se considerar, o primeiro é o valor do procedimento. Este valor será o gatilho para que a franquia seja acionada. Se tivermos esse valor estabelecido em R\$ 2.000,00, somente quando o custo do procedimento ultrapassar esse valor é que incidirá a franquia, cujo valor também deve ser definido a exemplo do que ocorre no inciso II. Se o valor fosse R\$ 200,00, para todo procedimento que custasse acima deste valor haveria uma franquia de R\$ 200,00 a ser paga pelo beneficiário.

Aqui o baixo risco é todo da operadora e o alto risco é compartilhado com o beneficiário. É, na essência, o tipo II com a responsabilidade pelo baixo risco invertida.

Art. 13 As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar um dos Mecanismos Financeiros de Regulação previstos nesta norma serão obrigados a disponibilizar as seguintes simulações aos seus beneficiários:

I – Simulação Pré-Contratação – Simulador em que o interessado poderá ter, previamente à contratação, conhecimento sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano;

II – Simulação Pré-Utilização – Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor com o qual terá que arcar, conforme o prestador buscado e a sua qualificação;

III- informações pós utilização, no PIN-SS.

Parágrafo Único – As regras para elaboração e disponibilização dos simuladores estão descritas no anexo desta norma.

Dentre as regras contratuais comuns previstas na norma entendemos que a mais relevante de ser explicado, pois que é a única real inovação que pode gerar impactos operacionais e de custos para as operadoras, é a que estabelece a obrigatoriedade da disponibilização de simuladores.

Como comentado logo na análise do artigo 1º, entendemos necessária a mitigação desse impacto, pelo que mantivemos a existência de dois mundos, razão pela qual ninguém será obrigado a arcar com tais custos, todavia, se quiserem adentrar ao “novo mundo” terá que fazer por completo, garantindo a mais completa informação possível aos seus beneficiários.

Art. 14 É vedada a incidência de franquias nas mesmas hipóteses/procedimentos em que incidem a coparticipação em um mesmo produto.

Aqui, busca-se evitar a obtenção de vantagem excessiva pela operadora em detrimento de prejuízo do beneficiário. Acaso seja permitida a incidência de ambos os mecanismos ao mesmo tempo há uma clara possibilidade de se burlar os limites previstos nessa norma.

Art. 15 É vedado o estabelecimento de coparticipação em internações, ressalvada a hipótese prevista nesta norma.

Com este artigo buscamos direcionar a utilização da coparticipação nos procedimentos ambulatoriais e franquias nos hospitalares. Saliente-se que ambas podem coexistir em um mesmo produto, desde que não incidam nas mesmas hipóteses, conforme comentado acima.

Art. 17 É vedada a incidência de coparticipação:

I – Nas 3 (três) consultas realizadas com médico generalista (pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia), a cada 12 meses;

II – Nos exames preventivos, entendendo-se por estes por:

Mamografia – mulheres de 50 a 69 anos – 1 exame a cada 2 anos;

Citologia oncótica cérvico-uterina – mulheres de 21 a 65 anos – 1 exame por ano;

Sangue oculto nas fezes – adultos de 50 a 75 anos – 1 exame ao ano, e repetição acaso o resultado seja positivo;

Retocolonosopia – em adultos de 50 a 75 anos.

Glicemia de jejum – 1 exame ao ano para pacientes acima 50 anos.

Lipidograma – homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos – 1 exame/ano;

Teste HIV e sífilis, em pacientes com vida sexual ativa, no max 1 exame/ano.

III – Nos tratamentos crônicos em qualquer número, entendendo-se estes por hemodiálise (TRS), radioterapia e quimioterapia, imunobiológicos para doenças definidas nas DUTs.

IV – Exames do Pré-Natal, entendendo-se por:

Sorologia para sífilis, hepatites e HIV

Ferro sérico

Citologia cérvico-uterina

Cultura de urina

Pelo menos 3 exames de ultrassonografia, uma por volta da 13^a semana, outra por volta da 20^a semana e uma terceira entre a 34^a e 37^a semanas de gestação

Pelo menos 10 consultas de obstetricia

Por entendermos que alguns procedimentos não devem ser alvo de moderação de uso, uma vez que sobre sua utilização não há caracterização de Risco Moral, elaboramos um rol de isenções onde não será admitida a incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.

Art. 19 O limite de exposição financeira (valor total a ser desembolsado pelo beneficiário a ser pago na contraprestação pecuniária), deve estar claramente definido no contrato, podendo se dar por procedimento ou por período.

§1º – É vedada a incidência de juros e correção monetária nos valores aqui dispostos, caso o excedente venha a ser distribuído em diversas contraprestações.

Em proteção ao beneficiário foi inserido o presente artigo que lhe permite ter previsibilidade sobre seus gastos. Neste artigo específico cabe mencionar que pensamos inicialmente em um valor limitado ao percentual da contraprestação, mas devido as discussões ocorridas no âmbito do GT entendemos necessária a mudança, uma vez que nem todas as situações estariam abarcadas na proposta inicial. Vale mencionar que a essência do dispositivo é garantir a previsibilidade o que a previsão contratual já garante.

Art. 20 As operadoras deverão fornecer a simulação dos custos de utilização do plano de saúde, diferenciando-os inclusive quanto ao prestador buscado, incluindo sua

qualificação, em um prazo de até 3 (três) dias úteis, sempre que solicitado por seu beneficiário.

Parágrafo Único - O prazo mencionado neste artigo não altera os prazos estabelecidos pela Resolução Normativa - RN 259, de 17 de junho de 2011.

Não é intenção da norma que a opção do beneficiário pela cobertura assistencial se dê meramente por questões financeiras, contudo, se o beneficiário quiser saber essa informação ele tem o direito e a operadora terá o dever de fornecer a informação.

Contudo, tendo em vista os prazos da RN 259/11, não seria possível onerar o beneficiário com a dilatação deste prazo, assim estabelecemos que ambos correm paralelamente.

Essa previsão, embora se aplique para qualquer das formas de mecanismos previstas, terá muito maior impacto naquela forma prevista no inciso I, do art. 4º, eis que a coparticipação incidirá sobre a tabela praticada por cada prestador.

Art. 22. EXCLUSIVAMENTE para saúde mental não é vedado o estabelecimento de coparticipação exclusivamente para internações psiquiátricas;

Art. 23. É vedada a cobrança de coparticipação ou franquia nos primeiros 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato

Art. 24. Admite-se a cobrança de coparticipação incidindo em percentual a partir do 31º dia de internação, por ano de contrato.

Parágrafo Único – Admite-se a cobrança da coparticipação mencionada no caput de forma crescente, limitada a 50% do valor contratado com o prestador de serviço.

Colocamos em conjunto os artigos acima, pois são a transposição para a norma de entendimento da Diretoria Colegiada.

Art. 25. O descumprimento do disposto nesta RN ensejará a aplicação das sanções previstas na RN 124/06.

Ao analisarmos a norma de coparticipação e franquia entendemos que seu descumprimento necessariamente gerará a incidência de um artigo já existente da RN 124/06, por exemplo. Se a operadora cobrar um valor a maior estará incidindo na conduta de não garantir cobertura garantida pela lei, na forma do art. 77, pois estará passando ao beneficiário responsabilidade pelo financiamento do procedimento. Se não presta as informações devidas estará incidindo na conduta de não prestar informações estabelecidas em lei ou pela ANS, conforme o art. 74. De uma forma mais geral poderá se configurar a conduta prevista no artigo 71 quando não configurar uma infração específica.

CAPÍTULO VI – DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE:

A Diretoria de Desenvolvimento Setorial vem buscando sempre garantir à sociedade um espaço adequado para conhecer e discutir suas propostas, assim, com relação a norma em apreço, foi formado um Grupo de Trabalho com participação de todos os setores afetados, desde os mais óbvios, como as operadoras e consumidores, até outros um pouco menos, como os prestadores de serviço e grupos que representam as empresas contratantes de planos de saúde.

Durante o GT foi aberto espaço para que qualquer integrante apresentasse seus estudos, projetos e propostas para o grupo todo, tendo esse espaço sido utilizado por entidades representativas, operadoras.

No âmbito do GT a DIDES recepcionou diversas contribuições que se encontram compiladas em arquivo anexo, totalizando mais de 130 slides em apresentação de ppt.

Contudo, após definir uma minuta final, e com base na RN 242, sobretudo o art. 9º[6] entendemos que é recomendável que a proposta seja novamente colocada para debate pela sociedade.

Seguindo o rito previsto, nos valemos desta nota para solicitar que a Diretoria Colegiada, após análise de nossos argumentos técnicos e de nossa opção traduzida em minuta, delibere pela realização de uma Audiência Pública para discussão do tema com a sociedade.

[1] Art. 1º...

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

[2] Ressalte-se que entendemos que a melhor interpretação sob o ponto de vista técnico é de que a extensão da cobertura colocada no art. 1º, I, da Lei 9656/98 deve ser a dos procedimentos considerados como um todo e não individualmente, pois permite uma maior variabilidade de produtos ofertados, atendendo a uma maior quantidade de perfis de consumo.

[3] THE IMPACT OF COST SHARING ON EMERGENCE DEPARTMENT USE, Kevin F. O`Grady, MD., M.S.P.H., Willard G. Manning, Ph.D., Joseph P. Newhouse, Ph.D., and Robert H. Brook M.D., D.Sc.

[4] EFFECTS OF COST SHARING ON CARE SEEKING AND HEALTH STATUS: RESULTS FROM THE MEDICAL OUTCOMES STUDY, Mitchell D. Wong, MD, PhD, Ronald Andersen, PhD, Cathy D. Sherbourne, PhD, Ron D. Hays, PhD, and Martin F. Shapiro, MD, PhD

[5] THE HEALTH INSURANCE EXPERIMENT: A CLASSIC RAND STUDY SPEAKS TO THE CURRENT HEALTH CARE REFORM DEBATE, by Robert H. Brook, Emmett B. Keeler, Kathleen

N. Lohr, Joseph P. Newhouse, John E. Ware, William H. Rogers, Allyson Ross Davies, Cathy D. Sherbourne, George A. Goldberg, Patricia Camp, Caren Kamberg, Arleen Leibowitz, Joan Keesey, David Reboussin

[6] Art. 9º Por deliberação da Diretoria Colegiada, o processo decisório da ANS em matérias relevantes para o setor poderá ser precedido de realização de audiência pública para ouvir e colher subsídios da sociedade civil e dos agentes regulados.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo de Barros Macieira, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 23/02/2017, às 17:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **MICHELLE MELLO DE SOUZA, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIDES**, em 23/02/2017, às 17:34, 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 **0292408** e o código CRC **FA3951E6**.