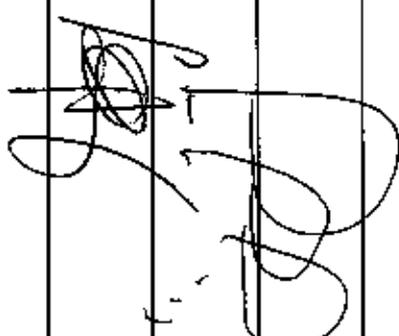


Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
1	ADILSON MORAES DA COSTA	GEAP	
2	ADRIANA SUZANO DE CAMARGO CASTRO	ANS	
3	ADRIANO MACEDO FELIX	CNS	
4	ALESSANDRA P. M. RODRIGUES	SÃO FRANCISCO SAÚDE	
5	ALEXANDRE CAETANO LOPES	UNIMED DE LONDRINA	
6	ALEXANDRE FREDERICO DE MARCA	CNC	
7	ALEXANDRE LANIA GONÇALVES	AFRESP	
8	ALEXANDRE SOARES BASTOS	ANS	
9	ÁLVARO AFONSO TRUITE	UNIMED RIBEIRÃO PRETO	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
10	ANA CLAUDIA FARIAS	SAMIG SAÚDE	
11	ANA PERGY FARO GUERRA	GRUPO NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	
12	ANA VERONESI SARDAS		<i>Ana Veronesi Sardas</i>
13	ANDRÉ CHIDICHIMO DE FRANÇA	ODONTOPREV	<i>André Chidichimo de França</i>
14	ANDRE FRANÇA	ODONTOPREV	
15	ANDRE LUIS FORTES UNES	ANS	
16	ANDRÉ VALPASSOS	SBAC/SNA	
17	ANDRÉA CRISTINA FONSECA CARDOSO	IBA	
18	ANDRÉA PAIXÃO	UNIMED FEDERAÇÃO RIO	<i>Andréa Paixão</i>

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

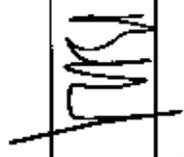
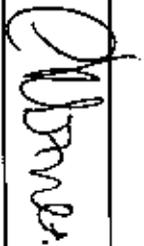
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
19	ANDRÉIA RIBEIRO ABIB	ANS	
20	ANGELA GARCIA	CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA	
21	ÂNGELA GARCIA		
22	ANGÉLICA RODRIGUES GUARNIERE	TELOS	
23	ANTONIO MARIO TERRA	INMETRO	
24	AQUILES DE AZEVEDO	SAMP	
25	AUGUSTO PEREIRA PAÇO	UNIMED DE MANAUS	
26	BRENO OTÁVIO PEREIRA CAMARGOS	UNIMED DIVINÓPOLIS	
27	BRUNO ALEXANDRE CÔRTEZ	SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIURGIA	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
28	BRUNO RIBEIRO SCAF	SAMOC	
29	CAMILA DE FÁTIMA COSTA CÉSAR	UNIMED CAMPINAS	
30	CARLA CRISTINA DAS NEVES SIMÕES	ANS	
31	CARLOS MOURA	CBR	
32	CARLOS NASCIMENTO		
33	CELSO RONALDO SOARES	HB SAÚDE	
34	CÉSAR BARELLA	TRASMONTANO SAÚDE	
35	CIBELE ALVES CARVALHO	CBR	
36	CLAUDEMIR SERGIO RATTI	UNIMED SANTOS	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

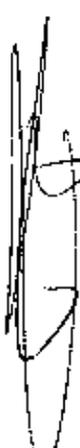
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
37	CLAUDETE BARBOSA DA ROCHA	ANS	<i>Claudete Barbosa da Rocha</i>
38	CLEITON FERREIRA CAIXETA	CAESAN	
39	CRISTIANA VIDIGAL LOPES	BRDESCO SAUDE	
40	DANIEL INFANTE JANUZZI DE CARVALHO	UNIMED DO BRASIL	
41	DANIELA XAVIER ARTICO DE CASTRO	ABRAMGE PR/SC	
42	DANIELE PINTO DA SILVEIRA	ANS	<i>Daniele Silveira</i>
43	DANUZA BARBOSA HELIY	SEMPRE ODONTO	
44	DAYANNE CRISTINA FERREIRA	BRF	
45	DENISE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE		

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

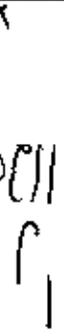
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
46	DOMINIC BIGATE LOURENÇO	ANS	
47	DULCIMAR DE CONTO	NOSSA SAÚDE	
48	EDNA SANTIAGO COSTA	CASU UFMG	
49	EDUARDO DE SOUZA SCHUCH	CENTRAL NACIONAL UNIMED	
50	EDUARDO JULIO SILVA	SEPACO	
51	EDUARDO SCHUCH		
52	ELAINE VIANNA	PASA	
53	ELISABETH COVRE	ANS	
54	EMILIO AUGUSTO CAMPOS PEREIRA DE ASSIS	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

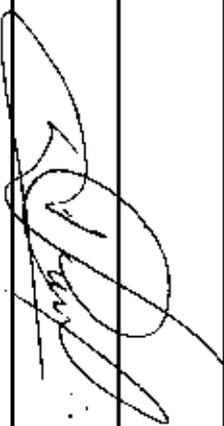
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
55	EULER SILVIO MAROLA	UNIODONTO DE RIO CLARO	
56	FABIANO AUGUSTO SPIER DE MELLO	CFO	
57	FABIO CARDOSO CORREIA	PLANO DE SAUDE SANTA CASA	
58	FABIO DANTAS FASSINI	GAMA SAUDE	
59	FELIPE MAGALHÃES ROSSI	SAMP MINAS	
60	FERNANDO ALVES VIEIRA	PROMED	
61	FLÁVIA CRISTINA DE ARAÚJO LOPES	ANAMP	
62	FLAVIA TANAKA	ANS	
63	FLÁVIO SALES FERREIRA	INMETRO	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

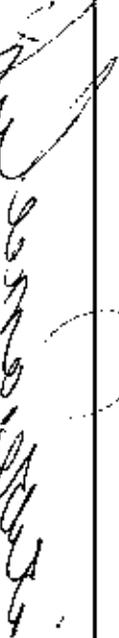
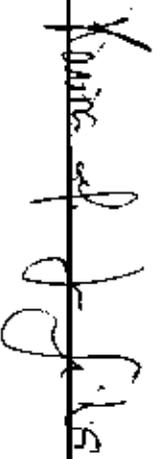
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
64	FRANCO CORRÊA ALVES	OPLAN SAÚDE	
65	GLACE ANNE CARVAS	UNIMED RIO	
66	GRAZIELA SCALERCIO	ANS	
67	HENRIQUE LUCIO BAYON	SANTA CASA SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	
68	IAN KLEBER ICARAHY DE THUIN		
69	IARA GÔES DA SILVA ROSSETTO		
70	ILANA GUILGUEN	CLINIPAM	
71	JACQUELINE PAIVA FRAGA	SULAMÉRICA	
72	JACY GOMES	FUNDAÇÃO ASSEFAZ	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
73	JOAO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS	ANS	
74	JOÃO DE LUCENA	CNS	
75	JOÃO FERNANDES	CBO	
76	JORGE LUIZI PINHO	ANS	
77	JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA	UNIDAS	
78	JOSIANE APARECIDA COLOMBO	FUNDAÇÃO ASSEFAZ	
79	JULIANA SALDANHA DO PRADO		
80	JULIANO PEREIRA	UNIMED CAMPO GRANDE MS	
81	KARINA MOURA DA SILVA	CASE SAÚDE	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

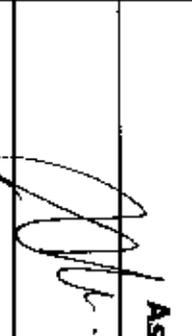
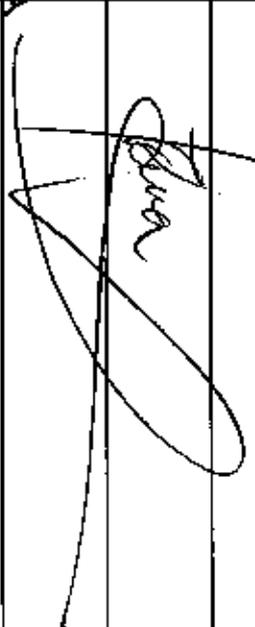
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
82	KARLA REGINA DE OLIVEIRA		
83	LALUCHA PARIZEK SILVA	ANS	
84	LEANDRO SICILIANO NERI	OAB/RJ	
85	LEONARDO SOUZA RAMALHO	FIEMG	
86	LEONEIDE VILAR MAROÑAS	GOLDEN CROSS	
87	LINDIRA MOREIRA SANTANA	UNIMED VITÓRIA	
88	LÍVIA MAGRI PEDRO	SOCIEDADE BENEFICENTE DEZOITO DE JULHO	
89	LÚCIA ALVES	GOLDEN CROSS	
90	LUCIANA SILVEIRA	ANAB	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

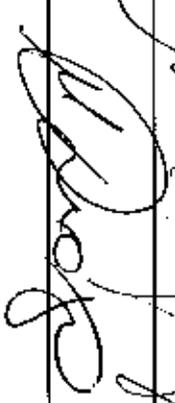
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
91	LUCIANA SOARES	UNIMED ITAÚNA	
92	LUIS CARLOS MORICONI DE MELO	UNIMED/RS - FEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO SUL LTDA.	
93	LUIS FILIPE DE BARCELLOS MOURA	UNIMED NORDESTE-RS	
94	LUIZ CELSO DIAS LOPES	GRUPO NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	
95	LUIZ FELIPE CONDE	CONDE & ADVOGADOS	
96	MAGALI RODRIGUES ZELLER	UNIMED SÃO CARLOS	
97	MARCELO FROTA	FAPES	
98	MARCELO RIBEIRO BICALHO	FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER	
99	MARCELO RODRIGO GUESSER	UNIMED CURITIBA	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

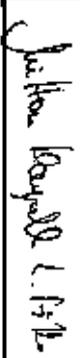
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
100	MARCIA CRISTINA PEREIRA DA COSTA	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO (ASSIM SAÚDE)	
101	MARCOS PAULO NOVAIS	ABRAMGE	
102	MARCOS VINÍCIOS DE SOUZA		
103	MARIA APARECIDA DIOGO BRAGA	UNIDAS	
104	MARIA CAMPOS	FUNDAÇÃO REAL GRANDEZA	
105	MARIA CAROLINA PAZIANOTTO	AON HOLDINGS CORRETORES DE SEGUROS LTDA	
106	MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES GOMES	ANS	
107	MARIA FERNANDA TRABOLD NICACIO	TRASMONTANO SAÚDE	
108	MARIA LÚCIA OLIVEIRA SILVA	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
109	MARIA RACHEL JASMIM DE AGUIAR SERAFINI	ANS	
110	MARIA RITA PERILLO PERINI	CAESAN	
111	MARIANA PINHO DUARTE	UNIMED BH	
112	MARLI MENDES	SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA	
113	MARLUCE CRISTINA IOTTE DE ALMEIDA CHRISPIM	ASSETANS	
114	MAURICIO CASTILHO	UNIMED NORDESTE PAULISTA	
115	MEIRY ELLEN BONFIM RADOWSKI	CTS	
116	MELINA CANEDO	ANS	
117	MILTON DAYRELL LUCAS FILHO	ANS	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
118	MONICA DE LIMA CARVALHO	CLÍNICA DA GÁVEA	
119	MÔNICA MOYSES NIGRI	SULAMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	
120	MONICA VIEIRA MENDONÇA	ANS	
121	NÁDIA REGINA DA SILVA PINTO	ANS	
122	NATALIA PATRICIO DE CASTRO	UNIMED JUNDIAÍ	
123	NATHÁLIA LIBERATO	UNIMED BH	
124	NEWTON FERNANDES DO NASCIMENTO	SMEDSU - SERVIÇOS MÉDICOS SÃO JOSÉ LTDA.	
125	NUBIA CLEMASCO FABRES	UNIMED SUL CAPIXABA	<i>mfabres</i>
126	OLAVO MONTEIRO GOMES	ANS	<i>Olavo Monteiro Gomes</i>

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

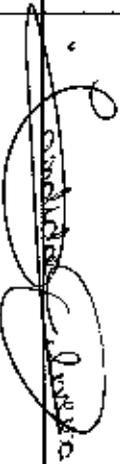
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
127	PATRICIA CARDOSO	NUDECON	
128	PATRICIA CRISTINA		
129	PATRICIA FERNANDES DE CARVALHO	CNI	
130	PATRICIA ROCHA RAMOS	SAMOC	
131	PATRICIA SOARES DE MORAES	ANS	
132	PAULO RICARDO BRUSTOLIN DA SILVA	SULAMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	
133	PAULO ROBERTO CORSI LELLIS	SAMEDIL SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO S/A (FANTASIA: MEDSÊNIOR)	
134	PÉRCIA FERNANDES SING	SEISA SERVIÇOS DE SAÚDE LIMITADA	
135	RAFAEL FERREIRA SIMÕES PIRES	GEAP	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
136	RAFAEL SOBRAL MELO	HAPVIDA	
137	RAQUEL REIS CORREA GIGLIO	SULAMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	
138	REGINA GERALDO DE OLIVEIRA	CLIMOL CLÍNICA MÉDICA E ODONTOLÓGICA SÃO FRANCISCO DE ASSIS LTDA	
139	RENATA CANDIDO DE OLIVEIRA	TRASMONTANO SAÚDE	
140	RENATA GONÇALVES DE FARIA	FUNDAÇÃO FIAT	
141	RENATA OLIVEIRA DE SOUZA	SINDICATO SECPPLAS	
142	ROBERVAL DA SILVA DIAS	NOVARTIS BRAZIL - ONCOLOGY	
143	RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA	ANS	
144	ROGERIO MACHADO	FUNCESP	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
145	ROGÉRIO MACHADO	FUNDAÇÃO CESP	
146	ROUYER BENVENUTI LAPIERI DE OLIVEIRA	UNIMED DE MANAUS	
147	SAMIR JOSÉ CAETANO MARTIBS		
148	SERGIO CLARK		
149	SERGIO VIEIRA	ASSOCIAÇÃO MEDICINA GRUPO RUES	
150	SILVIA CRISTINA ALVES CORREIA	SAMOC	
151	SILVIO IZOTON	ANACOPLAS	
152	SILVIO ROMERO		
153	TATIANA RIBEIRO GOMES COUTINHO	ASES	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
154	THÉRA VAN SWAY DE MARCHI	PINHEIRO NETO ADVOGADOS	
155	VALDIR VASQUEZ	PLAMER	
156	VIRGINIA RODARTE	SINOG	
157	WANDERICO DE SOUZA CAMPOS	UNIMED-RIO	<i>Wanderico de Souza Campos</i>
158	WANDSON LUIZ BALDEZ OLIVEIRA	ABBOTT	
159	WILSON MARQUES VIEIRA JUNIOR	ANS	
160	<i>Rita Moraes</i>	<i>Monsieur Saúde - OF.</i>	<i>Rita</i>
161	<i>José Carlos Nascimento</i>	<i>COFFITO</i>	<i>José Carlos</i>
162	<i>Sofoneia Beatriz P. Mendes</i>	<i>FRANQUIA DE</i>	<i>Sofoneia</i>

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

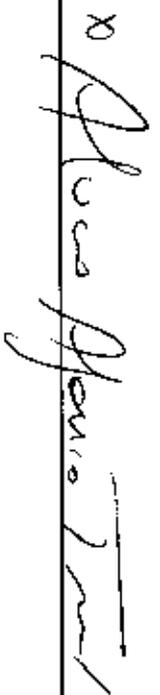
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
163	FLAVIO QUIROGA	SANSEN	
164	Wilson Sitcho Ivik	SBPC/ML - ABRANDES	
165	RAFAEL VINHA	ANS	
166	Fernanda Junioras	ABS	
167	Stanislaus Loureiros	ANIS	
168	Meitor Wernick	ABS	
169	Cyana Ferreira	Lemon	
170			
171			

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
1	ADILSON MORAES DA COSTA	GEAP	
2	ADRIANA SUZANO DE CAMARGO CASTRO	ANS	
3	ADRIANO MACEDO FELIX	CNS	
4	ALESSANDRA P. M. RODRIGUES	SÃO FRANCISCO SAÚDE	
5	ALEXANDRE CAETANO LOPES	UNIMED DE LONDRINA	
6	ALEXANDRE FREDERICO DE MARCA	CNC	
7	ALEXANDRE LANIA GONÇALVES	AFRESP	
8	ALEXANDRE SOARES BASTOS	ANS	
9	ALVARO AFONSO TRUITE	UNIMED RIBEIRÃO PRETO	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNG

	Nome	Instituição	Assinatura
10	ANA CLAUDIA FARIAS	SAMIG SAÚDE	
11	ANA PERGY FARO GUERRA	GRUPO NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	
12	ANA VERONESI SARDAS		
13	ANDRÉ CHIDICHIMO DE FRANÇA	ODONTOPREV	
14	ANDRE FRANÇA	ODONTOPREV	
15	ANDRE LUIS FORTES UNES	ANS	<input checked="" type="checkbox"/> 
16	ANDRÉ VALPASSOS	SBAC/SINA	
17	ANDRÉA CRISTINA FONSECA CARDOSO	IBA	
18	ANDRÉA PAIXÃO	UNIMED FEDERAÇÃO RIO	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

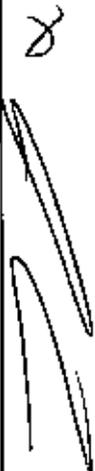
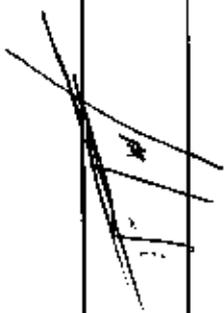
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
(19)	ANDRÉIA RIBEIRO ABIB	ANS	
20	ANGELA GARCIA	CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA	<i>Angela A. Garcia</i>
(21)	ÂNGELA GARCIA		
22	ANGÉLICA RODRIGUES GUARNIERE	TELOS	
23	ANTONIO MARIO TERRA	INMETRO	
(24)	AQUILES DE AZEVEDO	SAMP	
(25)	AUGUSTO PEREIRA PAÇO	UNIMED DE MANAUS	
26	BRENO OTÁVIO PEREIRA CAMARGOS	UNIMED DIVINÓPOLIS	
(27)	BRUNO ALEXANDRE CÔRTEZ	SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIQUIRURGIA	<i>[Signature]</i>

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

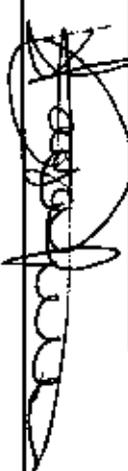
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
(28)	BRUNO RIBEIRO SCAF	SAMOC	
(29)	CAMILA DE FÁTIMA COSTA CÉSAR	UNIMED CAMPINAS	
(30)	CARLA CRISTINA DAS NEVES SIMÕES	ANS	
31	CARLOS MOURA	CBR	
32	CARLOS NASCIMENTO		
(33)	CELSO RONALDO SOARES	HB SAÚDE	
34	CÉSAR BARELLA	TRASMONTANO SAÚDE	
(35)	CIBELE ALVES CARVALHO	CBR	
(36)	CLAUDEMIR SERGIO RATTI	UNIMED SANTOS	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
37	CLAUDETE BARBOSA DA ROCHA	ANS	
38	CLEITON FERREIRA CAIXETA	CAESAN	
39	CRISTIANA VIDIGAL LOPES	BRADESCO SAÚDE	
40	DANIEL INFANTE JANUZZI DE CARVALHO	UNIMED DO BRASIL	
41	DANIELA XAVIER ARTICO DE CASTRO	ABRAMGE PR/SC	
42	DANIELE PINTO DA SILVEIRA	ANS	
43	DANUZA BARBOSA HELLY	SEMPRE ODONTO	
44	DAYANNE CRISTINA FERREIRA	BRF	
45	DENISE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE		

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

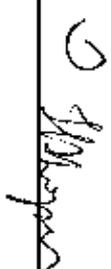
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
46	DOMINIC BIGATE LOURENÇO	ANS	
47	DULCIMAR DE CONTO	NOSSA SAÚDE	
48	EDNA SANTIAGO COSTA	CASU UFMG	
49	EDUARDO DE SOUZA SCHUCH	CENTRAL NACIONAL UNIMED	
50	EDUARDO JULIO SILVA	SEPACO	
51	EDUARDO SCHUCH	CNV	
52	ELAINE VIANNA	PASA	
53	ELISABETH COVRE	ANS	
54	EMILIO AUGUSTO CAMPOS PEREIRA DE ASSIS	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
55	EULER SILVIO MAROLA	UNIODONTO DE RIO CLARO	
56	FABIANO AUGUSTO SPIER DE MELLO	CFO	
57	FABIO CARDOSO CORREIA	PLANO DE SAUDE SANTA CASA	
58	FÁBIO DANTAS FASSINI	GAMA SAÚDE	
59	FELIPE MAGALHÃES ROSSI	SAMP MINAS	
60	FERNANDO ALVES VIEIRA	PROMED	
61	FLÁVIA CRISTINA DE ARAÚJO LOPES	ANAHP	
62	FLAVIA TANAKA	ANS	
63	FLÁVIO SALES FERREIRA	INMETRO	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

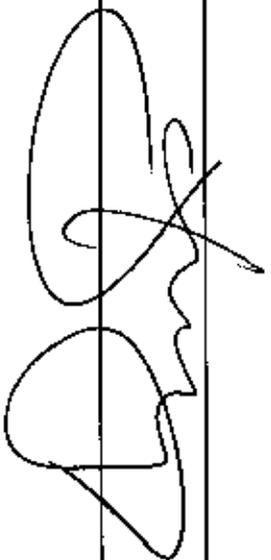
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
64	FRANCO CORRÊA ALVES	OPLAN SAÚDE	
65	GLACE ANNE CARVAS	UNIMED RIO / SBA	
66	GRAZIELA SCALERCIO	ANS	
67	HENRIQUE LUCIO BAYON	SANTA CASA SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	
68	IAN KLEBER ICARAHY DE THUIN		
69	IARA GÔES DA SILVA ROSSETTO		
70	ILANA GUILGUEN	CLINIPAM	
71	JACQUELINE PAIVA FRAGA	SULAMÉRICA	
72	JACY GOMES	FUNDAÇÃO ASSEFAZ	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

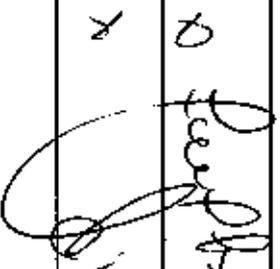
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
73	JOAO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS	ANS	
74	JOÃO DE LUCENA	CNS	
75	JOÃO FERNANDES	CBO	
76	JORGE LUIZI PINHO	ANS	
77	JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA	UNIDAS	
78	JOSIANE APARECIDA COLOMBO	FUNDAÇÃO ASSEFAZ	
79	JULIANA SALDANHA DO PRADO	<i>Fundação Estobrás</i>	<i>Juliana do Prado</i>
80	JULLIANO PEREIRA	UNIMED CAMPO GRANDE MS	
81	KARINA MOURA DA SILVA	CASE SAÚDE	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

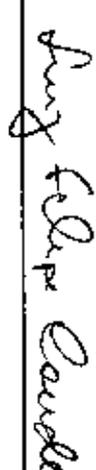
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
82	KARLA REGINA DE OLIVEIRA		
83	LALUCHA PARIZEK SILVA	ANS	X <i>Lalucha P. Alves</i>
84	LEANDRO SICILIANO NERI	OAB/RJ	
85	LEONARDO SOUZA RAMALHO	FIEMG	
86	LEONEIDE VILAR MAROÑAS	GOLDEN CROSS	
87	LINDIRA MOREIRA SANTANA	UNIMED VITÓRIA	X <i>Lindira S.</i>
88	LÍVIA MAGRI PEDRO	SOCIEDADE BENEFICENTE DEZOTO DE JULHO	
89	LÚCIA ALVES	GOLDEN CROSS	X <i>Lucia Alves</i>
90	LUCIANA SILVEIRA	ANAB	X 

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

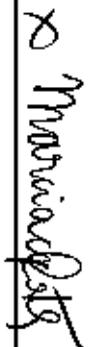
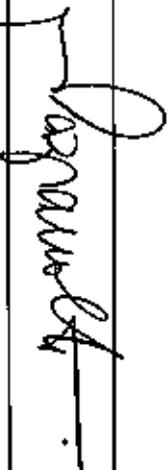
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
91	LUCIANA SOARES	UNIMED ITAÚNA	
92	LUIS CARLOS MORICONI DE MELO	UNIMED/RS - FEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO SUL LTDA.	
93	LUIS FILIPE DE BARCELLOS MOURA	UNIMED NORDESTE-RS	
94	LUIZ CELSO DIAS LÓPES	GRUPO NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	
95	LUIZ FELIPE CONDE	CONDE & ADVOGADOS	
96	MAGALI RODRIGUES ZELLER	UNIMED SÃO CARLOS	
97	MARCELO FROTA	FAPES	
98	MARCELO RIBEIRO BICALHO	FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER	
99	MARCELO RODRIGO GUESSER	UNIMED CURTIBA	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

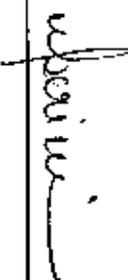
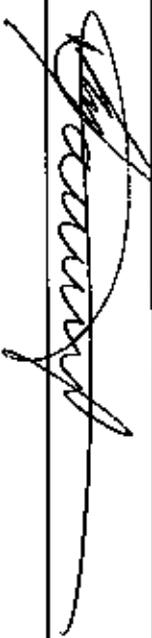
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
100	MARCIA CRISTINA PEREIRA DA COSTA	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO (ASSIM SAÚDE)	
101	MARCOS PAULO NOVAIS	ABRAMGE	
102	MARCOS VINÍCIOS DE SOUZA		
103	MARIA APARECIDA DIOGO BRAGA	UNIDAS	
104	MARIA CAMPOS	FUNDAÇÃO REAL GRANDEZA	
105	MARIA CAROLINA PAZIANOTTO	AON HOLDINGS CORRETORES DE SEGUROS LTDA	
106	MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES GOMES	ANS	
107	MARIA FERNANDA TRABOLD NICACIO	TRASMONTANO SAÚDE	
108	MARIA LÚCIA OLIVEIRA SILVA	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

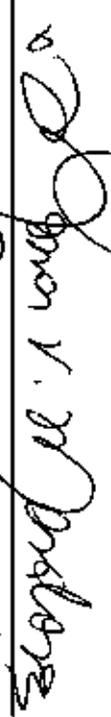
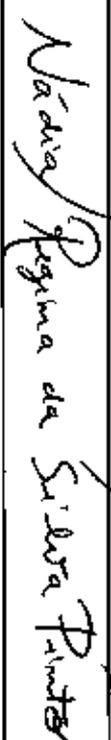
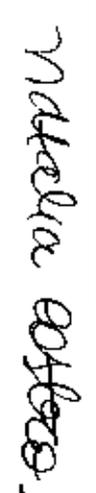
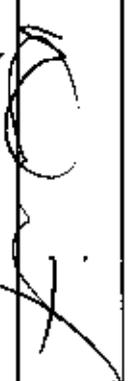
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
109	MARIA RACHEL JASMIM DE AGUIAR SERAFINI	ANS	
110	MARIA RITA PERILLO PERINI	CAESAN	
111	MARIANA PINHO DUARTE	UNIMED BH	
112	MARLI MENDES	SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA	
113	MARLUCE CRISTINA IOTTE DE ALMEIDA CHRISPIM	ASSETANS	
114	MAURICIO CASTILHO	UNIMED NORDESTE PAULISTA	
115	MERRY ELLEN BONFIM RADOMSKI	CTS	
116	MELINA CANEDO	ANS	
117	MILTON DAYRELL LUCAS FILHO	ANS	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
118	MONICA DE LIMA CARVALHO	CLÍNICA DA GÁVEA	
119	MÔNICA MOYSES NIGRI	SULAMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	
120	MONICA VIEIRA MENDONÇA	ANS	
121	NÁDIA REGINA DA SILVA PINTO	ANS	
122	NATALIA PATRICIO DE CASTRO	UNIMED JUNDIAÍ	
123	NATHÁLIA LIBERATO	UNIMED BH	
124	NEWTON FERNANDES DO NASCIMENTO	SMEDSJ - SERVIÇOS MÉDICOS SÃO JOSÉ LTDA.	
125	NUBIA CLEMASCO FABRES	UNIMED SUL CAPIXABA	
126	OLAVO MONTEIRO GOMES	ANS	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

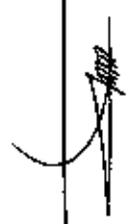
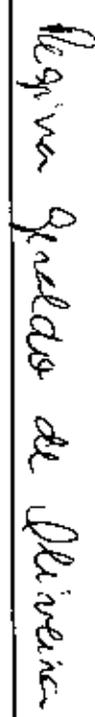
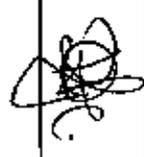
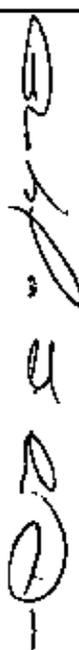
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
127	PATRICIA CARDOSO*	NUDECON	<i>Patricia Cardoso</i>
128	PATRICIA CRISTINA	<i>Empresunidade</i>	<i>Patricia Oliveira</i>
129	PATRICIA FERNANDES DE CARVALHO	CNI	<i>Patricia S. Carvalho</i>
130	PATRICIA ROCHA RAMOS	SAMOC	<i>Patricia Rocha Ramos</i>
131	PATRICIA SOARES DE MORAES	ANS	<i>Patricia Soares de Moraes</i>
132	PAULO RICARDO BRUSTOLIN DA SILVA	SULAMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	
133	PAULO ROBERTO CORSI LELLIS	SAMEDIL SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO S/A (FANTASIA: MEDSENIOR)	
134	PÉRCIA FERNANDES SING	SEISA SERVIÇOS DE SAÚDE LIMITADA	
135	RAFAEL FERREIRA SIMOES PIRES	GEAP	<i>Rafael F. S. Pires</i>

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

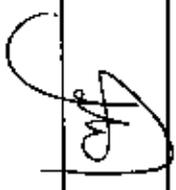
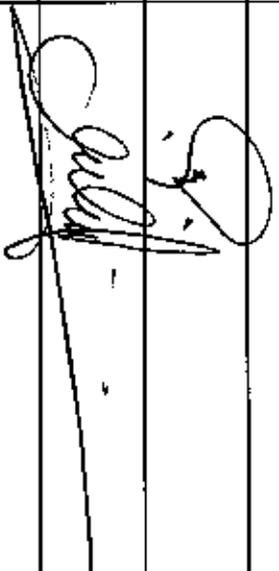
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
136	RAFAEL SOBRAL MELO	HAPVIDA	
137	RAQUEL REIS CORREA GIGLIO	SULAMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	
138	REGINA GERALDO DE OLIVEIRA	CLIMOL CLÍNICA MÉDICA E ODONTOLÓGICA SÃO FRANCISCO DE ASSIS LTDA	
139	RENATA CANDIDO DE OLIVEIRA	TRASMONTANO SAÚDE	
140	RENATA GONÇALVES DE FARIA	FUNDAÇÃO FIAT	
141	RENATA OLIVEIRA DE SOUZA	SINDICATO SECPPLAS	
142	ROBERVAL DA SILVA DIAS	NOVARTIS BRAZIL - ONCOLOGY	
143	RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA	ANS	
144	ROGERIO MACHADO	FUNCESP	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

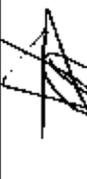
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
145	ROGÉRIO MACHADO	FUNDAÇÃO CESP	
146	ROUVER BENVENUTI LAPIERI DE OLIVEIRA	UNIMED DE MANAUS	
147	SAMIR JOSÉ CAETANO MARTINS		
148	SERGIO CLARK		
149	SERGIO VIEIRA	ASSOCIAÇÃO MEDICINA GRUPO RJ/ES	
150	SILVIA CRISTINA ALVES CORREIA	SAMOC	
151	SILVIO IZOTON	ANACOPLAS	
152	SILVIO ROMERO	SOMPO	
153	TATIANA RIBEIRO GOMES COUTINHO	ASES	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

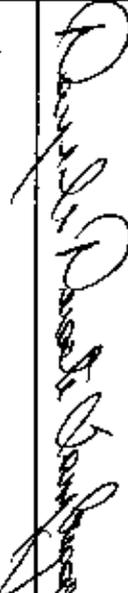
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
154	THÉRA VAN SWAAY DE MARCHI	PINHEIRO NETO ADVOGADOS	
155	VALDIR VASQUEZ	PLAMIER	
156	VIRGÍNIA RODARTE	SINOG	
157	WANDERICO DE SOUZA CAMPOS	UNIMED-RIO	
158	WANDSON LUIZ BALDEZ OLIVEIRA	ABBOTT	
159	WILSON MARQUES VIEIRA JUNIOR	ANS	
160	GISELE RODRIGUES	PROTESTE	
161	DRAIMY MOREIRA SOARES	POSTAL SAÚDE	
162	JOSE FELIPE R. COSSA	ANS	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

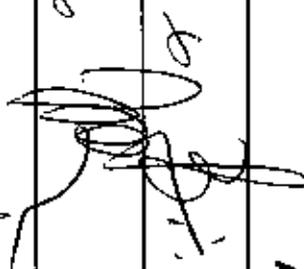
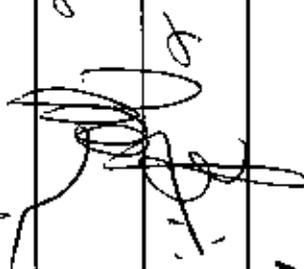
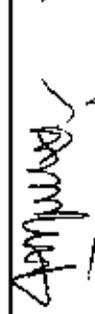
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
163	Flávia Eugênia Sales	Strategy Consultore	
164		União de DPRT	
165	Luiz Carlos	Paraná Clinica	
166	Felipe Skarabe	Paraná Clinica	
167	Roberto Miranda	União do Brasil	
168	João Bonaccor	ANS	
169	Anne Caroline ^{Novembre} Albuquerque	Ides	
170	Bruno Santos	Farma Saúde	
171	Sandra da Silva	Farma Saúde	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

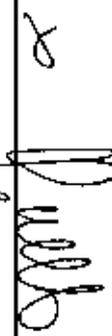
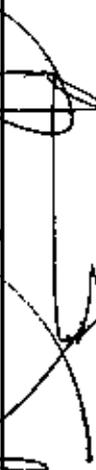
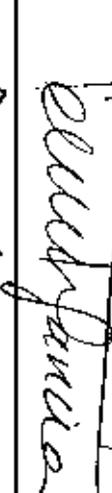
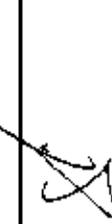
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
172	Bruno Carvalho Silve	Amul	
173	Marcos Ramos	Ministério da Fazenda	
174	Paula Funck Liminga	Unimed Campinas	+ 
175	Marcie Nagem	OportunPro	+ 
176	Miriam Carvalho	ANVS	+ 
177	Francisco Benjamin	ANVS	+ 
178	Riomas Barcelos	ANVS	+ 
179	Maria Tereza	ANVS	+ 
180	Sidney Rose da Silva Jr	APRED	+ 

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

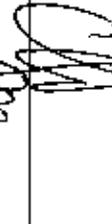
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
181	Fabiana Vasconcelos	AMS	
182	Jadine Vieira	Golden Cross	
183	Tosé Cecília	FmeSaude	
184	Theres Braz	ANS	
185	Rebecca Barreira	Soc Bras Otorrinolaringologia	
186	Carla Maria L. Lupin, Janice	COFEN	
187	Raulo Jorge R. Cardoso	ANS	
188	MARIA A. AUDI	ANS	
189	Sousa Edson Soares	AN S/DI/PRC	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

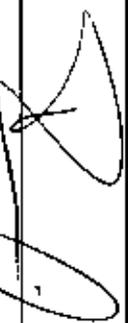
20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
190	PRUBO NETO	ANS	
191	TRISA BONELLI	UNIMED BH	Raissa Stornelli
192	RENATA NICOLÉ	ANS	Renata Nicolé
193	ALORONDA ARAÚJO	ANS	Aloronda Araújo
194	HEITOR AUGUSTO	SUL AMERICANA	
195	YANULE RODRIGUES	ANS	Yanule Rodrigues
196	MARIA CECÍLIA OLIVEIRA	PF/ANS	
197	ALORONDA BONALDES	PF/ANS	
198	CRISTINA FERREIRA	ASSAF / DIOES	

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Audiência Pública de Coparticipação e Franquia

20 de março - 10h às 17h - CNC

	Nome	Instituição	Assinatura
199	Procel - Conectivo	Bradesco Saúde	
200	STAF Paulo das Beis Men	UNIDAS	

EDUARDO DE OLIVEIRA  TRIBUNA

**Extrato de Ata
da 461ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada
realizada em 8 de março de 2017**

As quatorze horas do dia oito de março de dois mil e dezessete, nesta cidade, na Avenida Augusto Severo, nº 84, na sede da ANS, teve início a 461ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, mediante convocação de seus membros. A sessão foi presidida pelo Diretor-Presidente Sr. José Carlos de Souza Abrahão, secretariada pela Coordenadora da COADC Sra. Lêda Maria de Vargas Rebello, e contou com a presença das Diretoras Sra. Martha Regina de Oliveira, Sra. Simone Sanches Freire e Sra. Karla Santa Cruz Coelho, e do Diretor Sr. Leandro Fonseca da Silva. A reunião foi acompanhada pelo Procurador-Chefe Sr. Alexandre Gomes Gonçalves, pelo Secretário-Geral Sr. Suriêtte Apolinário dos Santos, pela Chefe de Gabinete Sra. Lenise Barcellos de Mello Secchin, pelo Ouvidor Luiz Gustavo Meira Homrich, pelo Auditor Chefe Sr. Marcus Vinicius de Azevedo Braga, pela Diretora Adjunta da DIPRO Sra. Carla de Figueiredo, pelo Diretor Adjunto Substituto da DIGES Sr. Eduardo Calasans Rodrigues, pelo Diretor Adjunto da DIFIS Sr. Rodrigo Rodrigues de Aguiar e pela Diretora Adjunta da DIDES Sra. Michelle Mello de Souza. A reunião foi transmitida ao vivo, e contou com o suporte técnico dos servidores da COSIT/DIGES, GCOMS/SEGER e COEI/PRESI. Após a transmissão, o conteúdo foi disponibilizado na página da ANS, na rede social - youtube/ansreguladoraoficial. Ao final de cada item foi demarcado o período temporal correspondente na gravação. O Diretor-Presidente deu início aos trabalhos com o propósito de apreciar, discutir e deliberar a pauta prevista para esta reunião.

C) Deliberações

... **3) Processo:** SEI 33910.000554/2017-50

Assunto: Proposta de Resolução Normativa-RN que dispõe sobre mecanismos financeiros de regulação

Área Responsável: DIDES

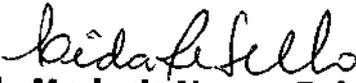
Decisão: Apreciada, com aprovação à unanimidade de realização de Audiência Pública com a finalidade de obter subsídios, informações, sugestões ou críticas relativas à proposta do referido normativo

... Feitas essas deliberações, o Diretor-Presidente considerou cumprida a pauta, dando por encerrada a sessão.

Rio de Janeiro, 08 de março de 2017

Este Extrato de Ata é cópia fiel de parte da referida ATA.

COADC, no RJ, em 10/03/2017


Lêda Maria de Vargas Rebello
Coordenadora
COADC/SEGER

EDITAL DE AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 6, DE 9 DE MARÇO DE 2017.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso de suas atribuições previstas no artigo 4º da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, nos artigos 32, 33 e 35 do Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, e tendo em vista a decisão proferida na 461ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, com fundamento no artigo 9º da Resolução Normativa-RN nº 242, de 07 de dezembro de 2010, resolve realizar AUDIÊNCIA PÚBLICA nos seguintes termos:

Art. 1º A audiência pública realizar-se-á com a finalidade de obter subsídios, informações, sugestões ou críticas relativas a proposta de Resolução Normativa para tratar dos Mecanismos Financeiros de Regulação, a saber, Coparticipação e Franquia.

Art. 2º A audiência pública será realizada no dia 20 de março de 2017, de 10:00 h a 17:00 h, na Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo - CNC, na Av General Justo, nº 307 - 9º andar - Centro - Rio de Janeiro- RJ.

Art. 3º A participação na audiência pública dependerá de prévia inscrição, que poderá ser realizada por meio eletrônico, com envio de e-mail para eventos@ans.gov.br com o seguinte assunto: "Audiência pública, Coparticipação e Franquia".

Art. 4º No ato da inscrição, o interessado deverá indicar o nome, CPF, os pontos a defender, criticar ou sugerir, e, quando for o caso, a instituição que representa ou à qual é vinculado.

Art. 5º Os documentos referentes à audiência pública poderão ser obtidos no sítio www.ans.gov.br, no menu Participação da Sociedade, item Audiências Públicas.

Art. 6º Após a realização da audiência pública, o Relatório de Audiência Pública será divulgado na página do sítio da ANS referida no artigo anterior.

Art. 7º As deliberações, opiniões, sugestões, críticas ou informações emitidas na audiência pública terão caráter consultivo e não vinculante, destinando-se a subsidiar a ANS na edição da regulamentação setorial.



JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO
Diretor-Presidente



COORDENAÇÃO-GERAL DE MATERIAL E PATRIMÔNIO

EXTRATOS DE REGISTRO DE PREÇOS

a) Processo Eletrônico de Compras nº 12589; b) Espécie: ATA DE REGISTRO DE PREÇOS nº 03/2017; c) Órgão Gerenciador: MINISTÉRIO DA SAÚDE; d) Fornecedor: SETE SERVIÇOS EMPRESARIAIS ESPECIALIZADOS LTDA-ME - CNPJ nº 07.824.144/0001-01; e) Objeto: eventual locação de Box Strass e Estrutura de Metalon; f) Valor Total: R\$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais); g) Vigência: 12 (doze) meses a partir da assinatura, em 09/03/2017, inclusive, a 08/03/2018; h) Fundamento Legal: Lei nº 10.520/2002, Lei Complementar nº 123/2006 e nº 127/2007, e subsidiariamente a Lei nº 8.666/1993.

a) Processo Eletrônico de Compras nº 12589; b) Espécie: ATA DE REGISTRO DE PREÇOS nº 02/2017; c) Órgão Gerenciador: MINISTÉRIO DA SAÚDE; d) Fornecedor: ROBERTO SA RODRIGUES DE SOUZA ME, CNPJ nº 18.297.749/0001-08; e) Objeto: eventual prestação de serviço gráfico para impressão de Banner e Lona Fosca (Função de Palco); f) Valor Total: R\$ 30.110,00 (trinta mil, cento e dez reais); g) Vigência: 12 (doze) meses a partir da assinatura, em 09/03/2017, inclusive, a 08/03/2018; h) Fundamento Legal: Lei nº 10.520/2002, Lei Complementar nº 123/2006 e nº 127/2007, e subsidiariamente a Lei nº 8.666/1993.

EXTRATO DE TERMO ADITIVO Nº 1/2017 - UASG 250110

Número do Contrato: 3/2016.
Nº Processo: 25000033975201611.
PREGÃO Nº 03/2016. Contratante: MINISTÉRIO DA SAÚDE - CNPJ Contratado: 25440584000171. Contratado: PADRAO IX INFORMATICA SISTEMAS ABERTOS SA. Objeto: Prorrogação a vigência do Contrato Administrativo nº 08/2016, a fim de que se estenda para o período de 08 de março de 2017 a 07 de março de 2018. Fundamento Legal: Lei nº 8.666/93. Vigência: 08/03/2017 a 07/03/2018. Data de Assinatura: 03/03/2017.

(SICON - 09/03/2017) 250110-00001-2017NE800119

RETIFICAÇÃO

No Extrato de Termo Aditivo Nº 1/2017 publicado no D.O. de 09/03/2017 - Seção 3, Pág. 79. Onde se lê: Data de assinatura: 12/02/2017. Leia-se: Data de assinatura: 10/02/2017.

(SICON - 09/03/2017) 250110-00001-2017NE800119

COORDENAÇÃO-GERAL DE SERVIÇOS GERAIS

EXTRATO DE CONTRATO Nº 16/2017 - UASG 250005

Nº Processo: 25000137093201623.
PREGÃO SRP Nº 65/2016. Contratante: MINISTÉRIO DA SAÚDE - CNPJ Contratado: 93741726000247. Contratado: EUROIMMUN BRASIL IMPORTACAO E DISTRIBUICAO LTDA. Objeto: Aquisição de conjunto completo, quantitativo de anti Chikungunya vírus IGM, Elisa, teste. Fundamento Legal: Lei nº 10.520/2002. Decreto nº 5.450/2005 e Decreto nº 7.892/2013. Vigência: 08/03/2017 a 07/03/2018. Valor Total: R\$3.272.500,00. Fonte: 6100000000 - 2017NE800426. Data de Assinatura: 08/03/2017.

(SICON - 09/03/2017) 250110-00001-2017NE800119

EXTRATO DE REGISTRO DE PREÇOS

Espécie: Ata de Registro de Preços nº 10/2017 - Pregão Eletrônico - SRP nº 61/2016; Processo: 25000149866/2015-33.

Item	Descrição do Objeto	Unidade de Fornecimento	Quant. Máxima Anual	Preço Unitário (R\$)	Preço Total (R\$)
01	Balança Antropométrica Adulto	Unidade	11.624	939,99	10.928.333,74
02	Balança Antropométrica Infantil	Unidade	10.188	560,99	5.710.878,20

Partes: DLOG/SE/MINISTÉRIO DA SAÚDE x Empresa JOSÉ AUGUSTO RIBEIRO DE MOURA EIRELI-ME, Vigência: 09.03.2017 a 08.03.2018.

Espécie: Ata de Registro de Preços nº 15/2017 - Pregão Eletrônico - SRP nº 63/2016; Processo: 25000102616/2016-05.

Item	Descrição do Objeto	Unidade de Fornecimento	Quant. Máxima Anual	Preço Unitário (R\$)	Preço Total (R\$)
01	Bengalas para diagnóstico clínico, uni-reprensora, palissada, teste TR Sífilis.	Tubo	12.037.550	1,70	20.463.835,00

Partes: DLOG/SE/MINISTÉRIO DA SAÚDE x Empresa ALERE SA, Vigência: 09.03.2017 a 08.03.2018.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00032017031000082

DIRETORIA EXECUTIVA DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

EXTRATO DO 6º TERMO ADITIVO AO TERMO DE COOPERAÇÃO ORÇAMENTÁRIA Nº 281/2013

CONVENIENTES: Celebram entre si a União Federal, através do MINISTÉRIO DA SAÚDE - CNPJ nº 00.530.493/0001-71, e a FUNDACAO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ/RJ - CNPJ nº 33.781.055/0001-35.

OBJETO: Suplementar recursos a Cláusula Terceira - RECURSOS FINANCEIROS - do Termo de Cooperação Orçamentária nº 281/2013. Valor de Repasse R\$ 2.300.000,00 (dois milhões e trezentos mil reais).

VIGÊNCIA: Entrará em vigor a partir de sua assinatura até 31/01/2018.

DATA DE ASSINATURA: 08/03/2017.

SIGNATÁRIOS: Concedente: ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI, SECRETÁRIO EXECUTIVO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - CPF nº 061.827.348-41; NISIA VERONICA TRINDADE LIMA, PRESIDENTE - CPF nº 425.005.407-15.

COORDENAÇÃO-GERAL DE ACOMPANHAMENTO DE INVESTIMENTOS E ANÁLISE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DIVISÃO DE REFORMULAÇÃO DE INVESTIMENTOS SERVIÇO DE ANÁLISE DE REFORMULAÇÃO DE INVESTIMENTOS

EXTRATO DO 2º TERMO ADITIVO AO TERMO DE EXECUÇÃO DESCENTRALIZADA Nº. 39/2015

CONVENIENTES: Celebram entre si a União Federal, através do Ministério da Saúde - CNPJ nº. 00.530.493/0001-71, e FUNDACAO OSWALDO CRUZ, Estado do RIO DE JANEIRO - CNPJ nº. 33.781.055/0001-35.

OBJETO: Prorrogar a vigência do Termo de Execução Descentralizada nº. 39/2015, destinado Estado e Pesquisa Sobre a Saúde da Pessoa Idosa, até 10/03/2018, a contar de seu vencimento.

PROCESSO: 250001433702015-56.

VIGÊNCIA: Entrará em vigor a partir de sua assinatura até 10/03/2018.

DATA DE ASSINATURA: 08/03/2017.

SIGNATÁRIOS: ANTONIO CARLOS ROSA DE OLIVEIRA JUNIOR - CPF nº. 236.795.140-34 - DIRETOR EXECUTIVO DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE; NISIA VERONICA TRINDADE LIMA - C.F.P. nº. 425.005.407-15, PRESIDENTA, FUNDACAO OSWALDO CRUZ.

EXTRATOS DE TERMOS ADITIVOS

TERMO ADITIVO 3º AO CONVÊNIO Nº. 799197/2013

CONVENIENTES: Concedente: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Unidade Gestora: 257001, Gestão: 00001. Conveniente: ASSOCIAÇÃO OBRAS SOCIAIS IRMA DULCE, Estado da BAHIA CNPJ nº. 15.178.55/0001-17. PI.127/2008, art.30, VI. Valor Total: R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais). Valor de Contrapartida: R\$ 0,00. Termo Aditivo de Alteração da Vigência. Vigência: 30/12/2013 a 15/02/2018. Data de Assinatura: 08/03/2017. Assina: Pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE / Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior - Diretor Executivo do Fundo Nacional de Saúde FUNDO NACIONAL DE SAÚDE.

TERMO ADITIVO 2º AO CONVÊNIO Nº. 815698/2014

CONVENIENTES: Concedente: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Unidade Gestora: 257001, Gestão: 00001. Conveniente: HOSPITAL DIVINENSE, Estado de MINAS GERAIS CNPJ nº. 19.578.376/0001-06. PI.127/2008, art.30, VI. Valor Total: R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais). Valor de Contrapartida: R\$ 0,00. Termo Aditivo de Alteração da Vigência. Vigência: 31/12/2014 a 31/07/2017. Data de Assinatura: 08/03/2017. Assina: Pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE / Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior - Diretor Executivo do Fundo Nacional de Saúde FUNDO NACIONAL DE SAÚDE.

NÚCLEO ESTADUAL NA BAHIA

EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 1/2017 - UASG 250016

Nº Processo: 25022008384201657. Objeto: Publicações de matérias no DOU, seção I, II, III, para atender as necessidades do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde na Bahia Total de Itens Licitados: 0001 - Fundamento Legal: Art. 2º, Caput da Lei nº 8.666 de 21/06/1993. Justificativa: Devido inexigibilidade de licitação. Declaração de Inexigibilidade em 23/12/2016. ESMERALDINA GOMES DOS SANTOS. Resp. Recursos Logísticos/nr/ms/ta. Ratificação em 24/01/2017. ANA MARIA MORAES REBOUCAS. Chefe da Segrad/nr/ms/ta Substância Especial. Valor Global: R\$ 120.000,00. CNPJ CONTRATADA: 04.196.645/0001-00 IMPRENSANACIONAL.

(SIDEC - 09/03/2017) 250016-00001-2016NE800045

NÚCLEO ESTADUAL NO PARANÁ DIVISÃO DE CONVÊNIOS

EXTRATO DE TERMO ADITIVO Nº 2/2017 - UASG 250028

Número do Contrato: 2/2015.

Nº Processo: 25023007825201421.

PREGÃO SISPP Nº 2/2015. Contratante: MINISTÉRIO DA SAÚDE - CNPJ Contratado: 29739737000889. Contratado: ELEVADORES OTIS LTDA - Objeto: Prorrogação de contrato para prestação de serviços de manutenção de elevadores. Fundamento Legal: Art. 57, Inc II, Lei 8.666/93. Vigência: 01/03/2017 a 28/02/2018. Valor Total: R\$15.048,00. Fonte: 6151000000 - 2017NE800014. Data de Assinatura: 20/02/2017.

(SICON - 09/03/2017) 250028-00001-2017NE000005

NÚCLEO ESTADUAL NO PIAUÍ

EDITAL DE NOTIFICAÇÃO Nº 5/2017/SEAUD/NE/MS/PI

Notificado: Sr. Amaldo Alves Nunes - Ex-Secretário Estadual de Saúde

Pelo presente Edital, a fim de dar cumprimento ao contido no inciso LV do art. 5º, da CF/88 e no art. 10 do Decreto nº 1.651/95 e na forma da Portaria nº GM/MS 743, de 18/04/2012, em virtude de recusa do recebimento, fica notificado o Sr. Amaldo Alves Nunes - CPF nº 128.058.153-00, para, no prazo de até 15 (quinze) dias corridos, contados da publicação deste Edital, sob pena de revelia, conhecer os autos da Auditoria nº 14954, realizada na Secretaria de Estado da Saúde de Tocantins/TO, para se quiser, apresentar justificativas, cujo relatório se encontra à disposição no endereço: SEÇÃO DE AUDITORIA/NE/MS/PI, localizada na Rua Magalhães Filho, 519 - Centro/Norte - 1º Andar - Sala 2.5

Transcorrido o prazo assinalado acima sem que haja manifestação, o relatório final da atividade será concluído.

OZANDI PEREIRA DE MESQUITA

Chefe da Seção de Auditoria
Substituto

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

EXTRATO DE TERMO ADITIVO Nº 1/2017 - UASG 253003

Número do Contrato: 11/2016.

Nº Processo: 33902563732201596.

PREGÃO SISPP Nº 4/2016. Contratante: AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE - SUPLEMENTAR. CNPJ Contratado: 12589220000181. Contratado: EFICIENCIA SERVICOS TERCEIRIZADOS-LTDA - ME. Objeto: Prorrogação da vigência contratual por 12 meses, com fundamento na Lei nº 8.666/93; Supressão dos itens "A" e "B" do submódulo 4.3 e do item "C" do submódulo 4.5, em consonância ao art. 30-A; § 4º, inciso II, da IN SLTI nº 02/2008; Repactuação do item "A" - Transporte, a partir de 31/07/2016, com fulcro no Dec. nº 239 de 28/07/2016; Correção de planilha de custos e formação de preços; Alteração do percentual do Aviso Prévio Indenizado e do Trabalho, com fulcro na Lei nº 12.506/2011. Fundamento Legal: Lei nº 8.666/93; IN nº 02/2008/SLTI/MP/OG; Decreto nº 239 de 28/07/2016. Vigência: 08/03/2017 a 08/03/2018. Valor Total: R\$37.892,51. Fonte: 174253003 - 2017NE800404 Fonte: 174253003 - 2017NE800161 Fonte: 174253003 - 2017NE800406. Data de Assinatura: 03/03/2017.

(SICON - 09/03/2017) 253003-36213-2017NE800038

DIRETORIA COLEGIADA SECRETARIA-GERAL COORDENADORIA DE APOIO À DIRETORIA COLEGIADA

EDITAL DE AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 6, DE 9 DE MARÇO DE 2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso de suas atribuições previstas no artigo 4º da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, nos artigos 32, 33 e 35 do Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, e tendo em vista a decisão proferida na 461ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, com fundamento no artigo 9º da Resolução Normativa-RN nº 242, de 07 de dezembro de 2010, resolve realizar AUDIÊNCIA PÚBLICA nos seguintes termos:

Art. 1º A audiência pública realizar-se-á com a finalidade de obter subsídios, informações, sugestões ou críticas relativas a proposta de Resolução Normativa para tratar dos Mecanismos Financeiros de Regulação, a saber, Coparticipação e Franquia.

Art. 2º A audiência pública será realizada no dia 20 de março de 2017, de 10:00 h a 17:00 h, na Conferência Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo - CNC, na Av General Justo, nº 307 - 9º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ.

Art. 3º A participação na audiência pública dependerá de prévio inscrição, que poderá ser realizada por meio eletrônico, com envio de e-mail para eventos@ans.gov.br com o seguinte assunto: "Audiência pública, Coparticipação e Franquia".

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.



Art. 4º No ato da inscrição, o interessado deverá indicar o nome, CPF, os pontos a defender, criticar ou sugerir, e, quando for o caso, a instituição que represente ou à qual é vinculado.

Art. 5º Os documentos referentes à audiência pública poderão ser obtidos no site www.ans.gov.br, no menu Participação da Sociedade, item Audiências Públicas.

Art. 6º Após a realização da audiência pública, o Relatório de Audiência Pública será divulgado na página do site da ANS referida no artigo anterior.

Art. 7º As deliberações, opiniões, sugestões, críticas ou informações emitidas na audiência pública terão caráter consultivo e não vinculante, destinando-se a subsidiar a ANS na edição da regulamentação setorial.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO
Diretor-Presidente

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE OPERADORAS

**COMUNICADO
AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da atribuição que lhe confere o art. 1º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como órgão de controle das atividades que garante a assistência suplementar à saúde, vem comunicar o que se segue.

Na presente data, fica concedida a Autorização de Funcionamento às Operadoras de Planos de Assistência à Saúde abaixo relacionadas, após ter sido concluída, pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, a análise de seus processos de Autorização de Funcionamento, relativa à Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Razão Social	Registro de Operadora	Número do Processo
Caixa Assistencial Universitária do Rio de Janeiro	34782-5	33902.042848/2005-14
Fundação São Francisco Xavier Ltda-ME	33995-4	33902.060700/2005-61
Odonto Prime Planos Odontológicos Ltda-ME	42021-2	33902.513157/2016-61
Plano de Saúde da Santa Casa de Bragança Paulista	42016-6	33902.474188/2016-90
R.M.I. Operadora de Saúde Integrada Ltda.	42027-1	33910.527094/2016-16

LEANDRO FONSECA DA SILVA
Diretor

**FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL NO ACRE**

EXTRATO DE DOAÇÃO

Processo nº 25106.001.004/2013-81. TERMO DE DOAÇÃO Nº 006/2017 firmado entre a Fundação Nacional de Saúde - SUS/AC e a Prefeitura Municipal de Brasília/AC. OBJETO: Transferir ao donatário o direito de propriedade de 03 equipamentos de informática no valor total de R\$ 10.872,48. Fundamento Legal: art. 116, caput, c/c art. 55, inciso III, ambos da Lei 8666/93. Signatários: pela Funasa o Superintendente Estadual, o senhor Raphael Luiz Bastos Junior e pela Prefeitura Municipal de Brasília/AC a Prefeita Municipal, a senhora Fernanda de Souza Hassem Cezar.

**SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL NO AMAZONAS
SETOR DE HABILITAÇÃO E CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS**

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

9º TERMO ADITIVO "DE OFÍCIO" AO TC/PAC Nº 0026/2010. Convenientes: Fundação Nacional de Saúde, CNPJ: 26.989.350/0001-16, por meio da Superintendência Estadual do Amazonas, CNPJ: 26.989.350/0002-05, situada Rua Osvaldo Cruz s/n - Glória - Manaus, e a Secretaria de Estado de Infraestrutura/AM, Município de Autazes/AM, CNPJ: 05.533.935/0001-57, situado à Av. Alameda Cosme Feneira, 7.600 - Coroadó III. Objeto: Prorrogar a vigência do TC/PAC até o dia 22/06/2017, por atraso na liberação dos recursos. Data de assinatura: 09/03/2017. Processo nº 25100.016.1506/2010-18.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DA BAHIA

EDITAL DE NOTIFICAÇÃO

A Fundação Nacional de Saúde, Notifica o Senhor Francisco Moitinho Dourado Primo, CPF 397.452.525-49, ex-gerente do município de Ibitiá/BA, que se encontra em local incerto e não sabido, para retirar e atender a Notificação nº 020/Sopra/Secov/Susat-BA, de 24/01/17, referente à EP 0425/08, celebrado entre o município de Ibitiá/BA e a Fundação Nacional de Saúde, situada na Av. Sete de Setembro, 2.328 - Corredor da Vitória, Salvador -BA, CEP 40.080-004, nos horários das 08:h00 min. às 17:h00min. O não atendimento

no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de publicação deste, implicará na inscrição no CADIN e SIAFI e demais sanções administrativas cabíveis.

Salvador-BA, 9 de março de 2017.
ANDRÉIA XAVIER CAJADO SAMPAIO
Superintendente Estadual

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL NO CEARÁ

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

1º TERMO ADITIVO "DE OFÍCIO" AO CONVÊNIO Nº 0040/15. Convenientes: Fundação Nacional de Saúde, CNPJ: 26.989.350/0009-73, situada na Av. Santos Dumont, 1856/1890 - Aldeota e o Município de Cedro/CE, CNPJ: 07.812.241/0001-84, situado à Av. Liberato Moacir de Aguiar, s/nº - Centro. Objeto: Prorrogar a vigência do convênio até o dia 13/01/2020, por atraso na liberação de recursos. Data de assinatura: 07/02/2017. Processo nº 25100.015984/2015-11.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL EM MATO GROSSO

EXTRATOS DE TERMOS ADITIVOS

5º TERMO ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO Nº 0262/12

Compromitentes: Fundação Nacional de Saúde, CNPJ: 26.989.350/0022.40, por meio da Superintendência Estadual em Mato Grosso, situada à Av. Getúlio Vargas nº 867 - Cuiabá/MT e o Município de Barra do Bugres/MT, CNPJ: 03.507.522/0001-72, situado à Praça Angelo Masson, nº 1000 - Centro. Objeto: Prorrogar a Vigência do Termo de Compromisso até 08.03.2018. Data de assinatura: 09.03.2017. Signatários: Francisco Holanildo Silva Lima, CPF 918.157.201-82 e Raimundo Nonato de Azeite Sobrinho, CPF 004.722.981-00 - Processo nº 25100.012.012/2012-21.

13º TERMO ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO Nº 2053/2008

Compromitentes: Fundação Nacional de Saúde, CNPJ: 26.989.350/0022.40, por meio da Superintendência Estadual em Mato Grosso, situada à Av. Getúlio Vargas nº 867 - Cuiabá/MT e o Município de Campinápolis/MT, CNPJ: 00.965.152/0001-29, situado na Av. Benedito José Lourenço, nº 2170, Setor União. Objeto: Prorrogar a vigência do Termo de Compromisso até 07.09.2017. Data de assinatura: 09/03/2017. Signatários: Francisco Holanildo Silva Lima, CPF 918.157.201-82 e Jeovan Faria, CPF. 593.631.421-91. Processo nº 25100.047.324/2008-70

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL EM MINAS GERAIS

EDITAIS DE CONVOCAÇÃO

A Fundação Nacional de Saúde convoca (em segunda oportunidade, a Sra. Paloma de Oliveira Freitas, CPF: 101.583.306-33, ex - presidente da associação do catadores de material reciclável de Três Corações/MG, que se encontra em local incerto e não sabido, para tomar ciência da situação do CV 0311/2010, no endereço: Rua Espírito Santo, nº 500 - Sala 201 - Centro, Belo Horizonte/MG - CEP: 30.160-030. O não comparecimento no prazo de 10 (dez) dias contados da data da publicação deste implicará, após 75 (setenta e cinco) dias da primeira convocação, em sua inscrição no CADIN e posteriormente a inscrição do débito em Dívida Ativa da União.

A Fundação Nacional de Saúde convoca (em segunda oportunidade) o Sr. Saulo Aparecido de Oliveira Pinto, CPF: 477.983.516-04, ex- prefeito do município de Padre Paraíso/MG, que se encontra em local incerto e não sabido, para comparecer e tomar ciência da imputação do débito e demais informações referentes à Emenda Parlamentar EP 0390/05 celebrado entre a FUNASA e a Prefeitura de Padre Paraíso, no endereço: Rua Espírito Santo, nº 500 - Sala 201 - Centro, Belo Horizonte/MG - CEP: 30.160-030. O não comparecimento no prazo de 10 (dez) dias contados da data da publicação deste implicará, após 75 (setenta e cinco) dias da primeira convocação (nº 087/2016/CA/SOPRE/SECOV/SUEST-MG, emitida em 07/12/2016 e AR assinado em 16/12/2016, em sua inscrição no CADIN e posteriormente a inscrição do débito em Dívida Ativa da União.

REGINA CELI DINIZ
Chefe do Serviço de Convênios

**AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO Nº 3/2017 - UASG 255013**

Nº Processo: 25190001080201716. Objeto: Pregão Eletrônico - Contratação de empresa especializada para prestação de serviço de manutenção preventiva, corretiva e calibração dos 03 Turbidímetro (equipamentos). Localizado à rua Cid Rabelo Horta, 310, Bairro João Pinheiro, Belo Horizonte/MG. Total de Itens Licitados: 00002. Edital: 10/03/2017 de 08h00 às 17h00. Endereço: Rua Espírito Santo, Nr. 500 Centro - BELO HORIZONTE - MG ou www.comprasgovernamentais.gov.br/edital/255013-05-3-2017. Entrega das Propostas: a partir de 10/03/2017 às 08h00 no

site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 22/03/2017 às 10h00 no site www.comprasnet.gov.br.

NILTON GONÇALVES BROCHADO
Pregoeiro

(SIDE - 09/03/2017) 255013-36211-2017NE800012

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL EM MATO GROSSO DO SUL

Processo: 25190.000.296/2017-56;Pregão:01/2017;Objeto: Contratação de Empresa Especializada para prestação de serviços e adequações e reforma no depósito de materiais do Ministério da Saúde/FUNASA/MG; Empresa vencedora:Gobuild Engenharia e Soluções em Serviços LTDA - ME; Itens Ganhos:Grupo G1.

NILTON GONÇALVES BROCHADO
Pregoeiro

(SIDE - 09/03/2017) 255013-36211-2017NE800012

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL EM RORAIMA

EXTRATO DE TERMO ADITIVO Nº 1/2017 - UASG 255023

Número do Contrato: 1/2016. Nº Processo: 25270000022201696. INEXIGIBILIDADE Nº 1/2016. Contratante: FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - CNPJ Contratado: 04196645000100. Contratado: IMPRENSA NACIONAL - Objeto: O presente Termo Aditivo tem por finalidade prorrogação do prazo de vigência do contrato nº 01/2016 (serviços de publicações de matérias no Diário Oficial da União) por mais um período de 12 (doze) meses. Fundamento Legal: Lei nº 8.666/93 e alterações. Vigência: 24/03/2017 a 23/03/2018. Data de Assinatura: 17/02/2017.

(SICON - 09/03/2017) 255023-36211-2017NE800049

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL EM SERGIPE

EXTRATO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 3/2017 - UASG 255026

Nº Processo: 25280000289201745. Objeto: Contratação de empresa com o objetivo de comercializar em âmbito Nacional, pela ECT, de produtos postais, serviços telemáticos e adicionais Total de Itens Licitados: 00001. Fundamento Legal: Art. 24º, Inciso VIII da Lei nº 8.666 de 21/06/1993. Justificativa: Contratação de serviços postais de uso exclusivo da ECT e não exclusivos, com comprovação de valor vantajoso. Declaração de Dispensa em 13/02/2017. LAURA CRISTINA SETTON MOTA. Chefe da Divisão de Administração. Ratificação em 08/03/2017. KELLY CHRISTINE SATTTLER LIMA SILVA, Superintendente. Valor Global: R\$ 34.004,77. CNPJ CONTRATADA : 34.028.316/0032-00 EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS.

(SIDE - 09/03/2017) 255026-36211-2017NE800021

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL EM SÃO PAULO

Espécie: Termo Aditivo Nº 00007/2017 ao Convênio Nº 759743/2011. Convenientes: Concedente: FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE, Unidade Gestora: 255026, Gestão: 36211. Conveniente: MUNICIPIO DE POÇO REDONDO, CNPJ nº 13.114.004/0001-42. Prorrogação de vigência por mais 180 dias.. Valor Total: R\$ 178.400,00. Valor de Contratação: R\$ 3.800,00. Vigência: 30/12/2011 a 10/09/2017. Data de Assinatura: 06/03/2017. Signatários: Concedente: KELLY CHRISTINE SATTTLER LIMA SILVA, CPF nº 532.080.305-25. Conveniente: ADEMILSON CHAGAS JUNIOR, CPF nº 596.336.545-72.

(SICONV(PORTAL) - 09/03/2017)

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO**

EXTRATO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 13/2017 - UASG 254420

Nº Processo: 25380000150201773. Objeto: Prestação de Serviço de Apoio Logístico, Financeiro, Administrativo, para o projeto: "Plano Focuz para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional", conforme o cronograma de atividades e memória de cálculo - QUF (Quadro de Usos e Fontes), detalhada junto ao BNDS para execução das atividades propostas. Total de Itens Licitados: 00001. Fundamento Legal: Art. 24º, Inciso XIII da Lei nº 8.666 de 21/06/1993.. Justificativa: Para viabilizar a execução do projeto em questão. Declaração de Dispensa em 09/03/2017. SILVANIA LACOVINO DANTAS, Assessora de Gestão. Ratificação em 09/03/2017. MARCO AURELIO KRIEGER, Vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde. Valor Global: R\$ 2.903.725,61. CNPJ CONTRATADA : 02.385.669/0001-74 FIOTEC - FUNDACAO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO EM SAUDE

(SIDE - 09/03/2017) 254425-25201-2017NE800029

D

INTERESSADO: **M.S. PROCESSO** DATA: 30/10/2012
NÚMERO 33902.527905/2012-60

ASSUNTO: INTERESSADO ASSNT/DIPRO
 PROCEDÊNCIA ASSESSORIA NORMATIVA DOS PRODUTOS - ASSNP/DIPRO

RESUMO
 ORIENTAÇÃO JURÍDICA

OUTROS DAC

MOVIMENTAÇÃO:

Seq.	Sigla	Código	Data	Seq.	Sigla	Código	Data
01	330AV		01/10/12	15			/ /
02			/ /	16			/ /
03			/ /	17			/ /
04			/ /	18			/ /
05			/ /	19			/ /
06			/ /	20			/ /
07			/ /	21			/ /
08			/ /	22			/ /
09			/ /	23			/ /
10			/ /	24			/ /
11			/ /	25			/ /
12			/ /	26			/ /
13			/ /	27			/ /
14			/ /	28			/ /

AS TRAMITAÇÕES DEVERÃO SER REGISTRADAS NO SIPAR

ANEXOS:



SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO

Dados do Solicitante:			
1.1 Unidade	Assessoria Normativa dos Produtos – ASSNT/DIPRO		
1.2 Órgão/Sigla:	ASSNT DIPRO	1.3 Data: 29/10/2012	1.4 Qtde. De fls. 01

2. Solicitamos abertura de processo com as seguintes informações:

2.1 Assunto: Orientação Jurídica
2.2 Interessado: ASSNT/DIPRO
Registro Ans:

3. Reservado ao protocolo:

3.1 Assunto:	
3.2 Natureza:	3.3 Código:


Rafael Pedreira Vinhas
Gerente
Matricula SIAPE: 1530917

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ASSNT/DIPRO Protocolo Nº. 33902. <u>527905</u> /2012-61 Data Registro <u>31</u> / <u>10</u> /2012. Hora Registro <u>12</u> : <u>56</u> Assinatura: _____
--



Nota nº 025 /2012/ASSNT/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 30 de outubro de 2012.

Assunto: Consulta jurídica à Procuradoria sobre interpretação do conceito de cobertura assistencial aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Processo: 33902.527905/2012-60.

A presente Nota visa apresentar as pertinentes dúvidas jurídicas para a manifestação da Procuradoria acerca da interpretação do conceito de cobertura assistencial aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, especialmente sobre a integralidade da garantia do risco.

Inicialmente, cabe frisar que, em atendimento ao disposto no inciso II do art. 77 da RN nº 197/2009, Regimento Interno da ANS, a presente Nota serve como Exposição de Motivos para a manifestação da Procuradoria sobre a matéria a seguir delineada.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada por intermédio da Lei 9.961/2000, foi incumbida de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Para exercer suas atribuições, a ANS sempre guiou sua missão institucional dentro dos princípios e garantias constitucionais, especialmente aqueles dispostos no art. 37 da Constituição da República.

A Lei 9.656/1998, no inciso I do seu art. 1º, estipulou o conceito de plano privado de assistência à saúde, in verbis:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

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;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e



f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo.

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.

(grifo nosso).
(...)

Tendo por base a leitura do inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98, pode-se concluir que o legislador, após as mudanças no texto original da norma pelas sucessivas medidas provisórias, alterou o conceito de plano privado de assistência à saúde para acabar com a diferenciação entre plano e seguro saúde, deixando clara a "(...) 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".

Questão candente sempre alvo de controvérsia foi a extensão da cobertura assistencial que as operadoras devem oferecer aos seus beneficiários.

O texto do inciso I do art. 1º da Lei 9656/98 esclarece que a cobertura à assistência à saúde do beneficiário não pode ter quaisquer limites financeiros.

Por ocasião da edição da Resolução CONSU nº 08/98, aquele Conselho melhor esclareceu o conceito de ausência de teto de cobertura, deixando claro, no inciso III de seu art. 2º, que:

(...)

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

(...)

III - limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;

(...)

Portanto, o Conselho de Saúde Suplementar, por ocasião da edição da CONSU nº 08/98 deixou claro, para evitar quaisquer dúvidas, que a ausência de teto trazia como consequência a cobertura de todo e qualquer procedimento necessário para a assistência à saúde do beneficiário.

A interpretação trazida pela Resolução CONSU nº 08/98 foi corroborada diversas vezes por essa Procuradoria Federal Junto à ANS - PROGE, conforme se pode extrair dos pareceres listados abaixo, com seus respectivos trechos de maior importância, verbis:

PARECER Nº 289 /2002/PROGE/GECOS

(...)

Inicialmente, vale observar o que dispõe a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em seu art. 1º:

(...)

Como se vê, submetem-se à Lei as pessoas jurídicas que operam planos de assistência à saúde, tendo-se, basicamente, como plano de assistência à saúde.

- **a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais com a finalidade de garantir a assistência à saúde,**
- **qualquer modalidade de produto, serviço ou contrato que apresente a garantia de cobertura financeira dos riscos de assistência médica, hospitalar ou odontológica.**

Pode-se extrair, assim, elementos fundamentais para o conceito de plano de saúde - a **garantia de assistência à saúde** e a **garantia de cobertura financeira dos riscos desta assistência**.¹

(...)

Tendo a Lei dos Planos de Saúde estabelecido o modelo brasileiro do serviço de intermediação na assistência suplementar à saúde, não é desprovida de fundamento a tese de que esta assistência **só** pode ser prestada de acordo com aquele modelo, tornando ilegal qualquer serviço de intermediação em saúde não conforme.

PARECER Nº 388/2005/PROGE/GECOS

(...)Vale lembrar que para que seja configurado o regular plano de saúde definido no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, todos os seus requisitos devem ser atendidos. Neste passo, convém colacioná-los abaixo:

- a) prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido;
- b) por prazo indeterminado;
- c) 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;
- d) visando a assistência médica, hospitalar e odontológica;
- e) a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Na ausência de algum destes requisitos, ou o produto ofertado pela pessoa jurídica não é plano privado de assistência à saúde, ou até pode ser caracterizado como tal, mas deve ser considerado irregular.

(...)

Destarte, tendo em vista que a ANS é o órgão regulador do mercado de saúde suplementar, que ela tem a atribuição de controlar as atividades que garantam a assistência à saúde suplementar (art. 1º da Lei 9.961/00), bem como que o inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98 estabelece, como requisito para ser considerado plano privado de assistência à saúde, a necessidade de pagamento integral ou parcial às expensas da operadora contratada; uma operadora de plano privado de assistência à saúde não pode repassar, ao beneficiário de modo individualizado, o pagamento total do serviço de assistência à saúde prestado. Nesta hipótese a operadora estará, realmente, incorrendo na vedação do art. 2º, inciso VII da Resolução CONSU nº 8/98, que tem como fonte de validade o estabelecido no inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98.

¹ O art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, além destes, apresenta outras características de operadoras (oferecimento de rede credenciada, mecanismos de regulação do uso, faculdade de acesso a profissionais ou serviços de saúde), além de imposições à sua atuação (a assistência deve ter prazo indeterminado, sem limite financeiro). Determinada empresa, no entanto, não deixará de ser operadora meramente por não oferecer rede credenciada; por outro lado, se impuser limites de prazo ou limite financeiro à assistência, por certo, estará irregular e poderá se sujeitar às competentes penas, mas não perderá, necessariamente, sua condição de operadora.



(...)

Consoante já demonstrado, ao que tudo indica, o inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98 não abarca a hipótese do pagamento pelo serviço de assistência à saúde ser custeado integralmente pelo beneficiário.

Desta feita, entendendo os órgãos competentes que os contratos que contêm cláusula, responsabilizando o beneficiário de modo integral e individualizado pelos valores referentes aos serviços médico-hospitalares, ou odontológicos prestados, não configuram planos privados de assistência à saúde, por estarem em desacordo com o inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98, bem como que não estão abarcados nos §§ 1º e 2º do art. 1º da mesma lei, a ANS pode impedir, conforme já explicitado (art. 34 da Lei 9.656/98), que operadoras de planos privados de assistência à saúde exerçam essa prática.

PARECER/ Nº 443 / 2007 / PROGE / GEDASA

(...)

Isto por que o contrato de plano privado de assistência à saúde tem sua definição legal positivada no art. 1º, inciso I, da Lei nº 9.656, de 1998, que o conceitua como a "(...) *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*".

A exegese do texto legal acima transcrito nos remete que a função social, definida na lei, do contrato de plano de assistência à saúde está em garantir ao usuário, o qual contribui periodicamente para a formação e manutenção de fundo pecuniário, o direito ao atendimento médico, nos casos de sinistralidade contratualmente coberta, assegurando, ainda, que o custo financeiro pelo procedimento prestado corra às expensas da respectiva operadora, a qual administra o referido fundo pecuniário para tanto.

Extrai-se, destarte, que os elementos fundamentais para o conceito de contrato de plano privado de assistência saúde são a garantia de assistência à saúde e a garantia de cobertura financeira dos riscos desta assistência.

Além de dispor sobre a interpretação do disposto no art. 1º da Lei 9.656/98, os citados pareceres faziam análise do chamado "cartão-desconto", cuja comercialização pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde está vedada desde a edição do Comunicado nº 08/2002, da Diretoria Colegiada da ANS:



COMUNICADO N.º 8, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2002

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhe confere o caput do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em observância às disposições das Leis n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com redação da Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, e nos termos do art. 60, inciso VII, do Regimento Interno aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando

As atribuições e competências da ANS quanto a regulação e fiscalização do setor de saúde suplementar;

A vulnerabilidade do consumidor na escolha de produtos de assistência à saúde; e

A finalidade institucional da ANS de promover a defesa do interesse público na assistência à saúde suplementar.

DIVULGA o entendimento de que as atividades de administração, disponibilização ou comercialização de produtos ou serviços mediante acesso e direcionamento à rede credenciada ou referenciada de profissionais e serviços de saúde, por meio de pagamento de contraprestação pecuniária, vinculados a descontos aos consumidores, como cartões de desconto ou similares, estão submetidas aos dispositivos da Lei n.º 9.656, de 1998, especialmente quanto às exigências de registro e autorização pela ANS e às garantias assistenciais previstas, notadamente em seus artigos 10 e 12, motivo pelo qual:

DETERMINA que as empresas, que vêm oferecendo essa modalidade de produtos e serviços, regularizem sua atuação junto à ANS, visando o cumprimento das exigências dispostas na Lei n.º 9.656, de 1998, no período de 15 de janeiro a 15 de abril de 2003, sob pena da aplicação das sanções legais.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

Além do citado comunicado, a ANS publicou a RN n.º 40/2003, que, em seu art. 1º, endossou as disposições do Comunicado n.º 08/2002. No entanto, o parágrafo único do mesmo art. 1º, alterado pela RN n.º 62/2003, firmou o seguinte:

Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei n.º 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9656, de 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.

Portanto, embora as operadoras, com relação aos procedimentos previstos no Rol ou exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, não possam operar sistemas de desconto ou de garantia de preços - onde o beneficiário faz o pagamento diretamente ao prestador - tal vedação não abrange o oferecimento de serviços complementares, tais como as exclusões previstas nos incisos do art. 10 da Lei 9656/98.

Sob outra ótica, a RN nº 59/2003, no parágrafo único do seu art. 2º, prevê a possibilidade de regime misto de pagamento (pré e pós-pagamento), em plano exclusivamente odontológico, verbis:

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:

(...)

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.

Sabe-se de sobejo que esta Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO encontra-se com Câmara Técnica em andamento para revisão da prolatada Resolução CONSU nº 08/98.

Durante as discussões técnicas da Câmara, o mercado regulado questionou esta Agência sobre a possibilidade de oferecimento de um produto com a estipulação de uma franquia mínima a ser paga pelo beneficiário para utilização dos serviços de saúde, funcionando de maneira bastante similar ao conceito consagrado de franquia no mercado segurador de automóveis.

No mercado segurador de automóveis, a franquia é a parte do risco suportada pelo segurado. Em caso de sinistro, a franquia consiste no valor que o segurado terá de pagar ou que será descontado de sua indenização.

A ideia trazida pelo mercado regulado acompanha o conceito atualmente utilizado pelo mercado segurador de automóveis.

Uma das justificativas para sua adoção seria uma maior consciência de utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários, pois evitaria o uso indiscriminado do plano privado de assistência à saúde, bem como traria uma possível redução dos preços dos produtos, embora esta última constatação dependa de estudos técnicos.

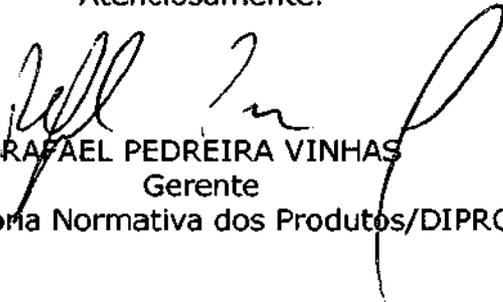
Na realidade, o produto com franquia traria uma nova opção no âmbito da comercialização de planos privados de assistência à saúde, embora sua penetração, *à primeira vista*, ficasse restrita apenas aos planos coletivos empresariais.

Embora a proposta trazida pelo mercado regulado já tenha uma experiência de longa data no mercado segurador de automóveis, vislumbra-se uma possível resistência com base na interpretação do conceito de plano privado de assistência à saúde, trazida pelo inciso I do art. 1º da Lei 9656/98, e esquadrinhada no inciso III do art. 2º da Resolução CONSU nº 08/98.

No entanto, tendo por base a fundamentação apresentada, cabe uma consulta formal a essa Procuradoria a fim de esclarecer se esta Agência poderia, dentro de seu escopo regulatório, pensar e estudar tecnicamente a criação de um produto com estipulação de franquia ou se, efetivamente, o conceito de cobertura integral do risco por procedimento coberto pelos planos privados de assistência à saúde, explicitado nos Pareceres acima colacionados, não admite qualquer exceção legal.

Face ao exposto, levando em consideração as cristalinas dúvidas jurídicas apresentadas, fundamental a manifestação jurídica dessa Procuradoria sobre a interpretação do conceito de cobertura assistencial aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, especialmente sobre a integralidade da garantia do risco.

Atenciosamente.



RAFAEL PEDREIRA VINHAS
Gerente

Assessoria Normativa dos Produtos/DIPRO

De acordo em 29/10/2012. Encaminhe-se à PROGE.



CARLA DE FIGUEIREDO SOARES
Diretora Adjunta da DIPRO/ANS

PARECER Nº 289 /2002/PROGE/GECOS

Cartão de Desconto ou Cartão de Acesso.
Análise da submissão à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e à regulação da ANS. Aspectos legais.

O Diretor Presidente desta autarquia solicita a esta Procuradoria a análise do enquadramento legal das empresas que comercializam o denominado "cartão-desconto" e a questão de sua conseqüente sujeição à regulação da ANS. Para esta análise, encaminha cópias de estudos e manifestações produzidas por órgãos de assessoria técnica da ANS.

Inicialmente, vale observar o que dispõe a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em seu art. 1º:

"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

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, 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;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações neles contidos;

§ 1º. Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e

odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;*
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;*
- c) reembolso de despesas;*
- d) mecanismos de regulação;*
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e*
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.*

Como se vê, submetem-se à Lei as pessoas jurídicas que operam planos de assistência à saúde, tendo-se, basicamente, como plano de assistência à saúde.

- **a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais com a finalidade de garantir a assistência à saúde,**
- **qualquer modalidade de produto, serviço ou contrato que apresente a garantia de cobertura financeira dos riscos de assistência médica, hospitalar ou odontológica.**

Pode-se extrair, assim, elementos fundamentais para o conceito de plano de saúde - a **garantia de assistência à saúde** e a **garantia de cobertura financeira dos riscos desta assistência.**¹

Ao definir, então, o enquadramento dos serviços vulgarmente conhecidos como "cartão-desconto" na Lei nº 9.656, de 1998, deve-se examinar se este tipo de serviço **garante** a assistência à saúde e a cobertura financeira

¹ O art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, além destes, apresenta outras características de operadoras (oferecimento de rede credenciada, mecanismos de regulação do uso, faculdade de acesso a profissionais ou serviços de saúde), além de imposições à sua atuação (a assistência deve ter prazo indeterminado, sem limite financeiro). Determinada empresa, no entanto, não deixará de ser operadora meramente por não oferecer rede credenciada; por outro lado, se impuser limites de prazo ou limite financeiro à assistência, por certo, estará irregular e poderá se sujeitar às competentes penas, mas não perderá, necessariamente, sua condição de operadora.

desta assistência, seja assumindo o pagamento a terceiros, seja constituindo serviços próprios de atendimento.

Os estudos apresentados pelos órgãos técnicos da ANS indicam que a característica comum destes serviços de cartão-desconto é a desvinculação entre a "rede credenciada" e a empresa administradora do cartão - a administradora do cartão não se compromete a promover qualquer pagamento ou ressarcimento pelos serviços assistenciais prestados por integrantes desta "rede credenciada".

O cliente desta empresa, ao necessitar de atendimento médico, hospitalar ou odontológico terá direito, meramente, a pagar valor constante de uma tabela pré-fixada, normalmente com valores mais baixos que aqueles usualmente praticados por profissionais ou serviços de saúde, ou ainda a um desconto sobre estes valores.

O primeiro ponto para definir se as empresas de cartão-desconto são, portanto, operadoras de plano de saúde é apurar se, na definição de "garantia de cobertura financeira", pode se incluir a garantia do "desconto", a garantia ao consumidor que pela assistência prestada será pago determinado e limitado valor.

Resulta patente a negativa à indagação supra, sendo impossível a confusão entre o oferecimento de desconto e a cobertura dos custos assistenciais. Isto posto, as empresas de cartão desconto não podem ser consideradas operadoras, ficando excluídas da disciplina da Lei nº 9.656, de 1998, e, em princípio, da regulação e do jugo da ANS ².

² De toda sorte, podem ser destacadas as empresas que se exteriorizam como cartão-desconto, mas em sua relação com a rede credenciada compensam financeiramente, de modo direto ou indireto, os prestadores de serviço pelo desconto oferecido, pretendendo mascarar a existência de uma forma de co-participação ou pós-pagamento - são, assim, operadoras. Convém, para este fim, examinar mais atentamente as empresas que cobram taxas mensais de pessoas jurídicas para atendimento a seus empregados, bem como as hipóteses de operação de cartão desconto por hospitais com a cobrança de taxas periódicas, em que o administrador do cartão se confunde com o prestador do serviço de saúde. Nestas hipóteses, parece grande a possibilidade de se tratarem de operadoras de planos travestidas de administradoras de cartão desconto.

Questão diversa é a garantia de assistência à saúde. Neste ponto devem ser discriminadas as várias espécies de serviços ou empresas enquadradas sob a mesma definição de cartão-desconto.

O exame da questão demonstra não haver qualquer garantia à assistência em serviços de mera indicação de profissionais sem qualquer pagamento ou nos quais a contra-prestação se limita ao custo da confecção da carteira de identificação e da venda do caderno (catálogo) com a indicação da "rede credenciada", comuns em clube de descontos ou na reunião de profissionais para a captação de clientela.

Tais serviços, como se vê, pouco interessam à regulação do mercado de assistência à saúde suplementar, eis que, em momento algum, determinada empresa se apresenta ao consumidor na condição de garante de sua assistência; potenciais consumidores **não** confiam previamente sua saúde àquela empresa.

Outras prestadoras do serviço de administração de cartão-desconto, por outro lado, em tudo se assemelham e se comportam como se operadoras de planos de assistência à saúde fossem, oferecendo, inclusive, a **garantia da assistência**.³

Os estudos apresentados pelos órgãos técnicos da ANS indicam a existência de diversas empresas que, mediante contra-prestação pecuniária⁴, comprometem-se a assistir a saúde de seus consumidores, além de possuírem diversas outras características de planos de saúde.

Esta conclusão orientou manifestações anteriores desta Procuradoria, cujo aperfeiçoamento ora se impõe, (Pareceres nºs 138 e 118, de 2000, 165 e 164, de 2002) que, no exame de hipóteses concretas, reconheceram como operadoras certas empresas de administração de cartão desconto.

³ Vale ressaltar que tal discriminação só será possível com o exame do caso concreto.

⁴ Trata-se, com a devida vênia, por ora, de questão irrelevante para a configuração de tais empresas apurar se o valor cobrado seria ou não suficiente para a efetiva garantia desta assistência por uma operadora "tradicional".



Vale citar, como exemplo, trecho do Parecer nº 165, de 2001, em que se examinava o caso da Self Associação Assistencial:

*"De fato, as operadoras como a SELF, comercializam cartão desconto pessoal e empresarial, **mediante contraprestação pecuniária anual**. Ao adquirir o cartão desconto o consumidor torna-se um "afiliado" do "Self Saúde", e passa a ter o direito de utilizar a rede médica e odontológica credenciada com abatimento do preço de procedimentos médicos e odontológicos. Esta operadora mantém ainda convênio com a Sul América Saúde para facultar o acesso dos adquirentes do cartão desconto ao atendimento hospitalar.*

Não é outra a conclusão que se pode extrair da publicidade da operadora, em especial a veiculada em seu site na internet, www.self.org.br, destacando-se os seguintes trechos:

"O associado beneficiário como PESSOA FÍSICA será cadastrado e identificado através de contrato, (...) O associado beneficiário como PESSOA JURÍDICA também será cadastrado e identificado através de contrato e contribuirá mensalmente com valor a ser estipulado conforme o número de beneficiários do plano (...)"

"Além de obter os serviços hospitalares oferecidos pela Self Saúde, você também poderá optar por uma cobertura hospitalar realizada pela Sul América Aetna Hospitalar. A vantagem é que a cobertura hospitalar, equivale 50% menos, de que um seguro Sul América Global. Os preços, variam conforme a escolha do plano e a idade."

Como se vê, o "Self Saúde", o "Self Saúde Company" e o "Self Saúde Odonto" correspondem a planos privados de assistência à saúde porque, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, oferecem rede credenciada de prestadores de serviços de assistência médica (art. 1º, § 1º, alínea "b", da Lei nº 9.656, de 1998)."

É indubitável que estas empresas oferecem ao mercado um serviço que pretende garantir a assistência à saúde e, sobre elas a ANS deve voltar seus olhos.

A ANS, na sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde (arts. 1º e 3º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000) não poderia silenciar ante o fenômeno econômico e social da proliferação de serviços que irregularmente e de modo oneroso oferecem esta assistência.

Caso haja viabilidade, com a inclusão na Lei nº 9.961, de 2000, de dispositivo que preveja a sujeição à Lei de “serviços correlatos”, a ANS poderia regular tal mercado, desde que, concomitantemente, a Lei reitora dos Planos de Saúde contemple esta hipótese, disciplinando tais serviços correlatos.

Vale recordar que a Medida Provisória nº 2.177-43, de 2001, em dispositivo não repetido em sua reedição, inseria o § 4º no art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000, afirmando que, sem que necessariamente se caracterizassem como aqueles planos de assistência à saúde da Lei nº 9.656, de 1998, estariam subordinados à fiscalização da ANS quaisquer modalidades de plano, produto, serviço, contrato ou correlato que oferecessem garantia de prestação de serviços especializados, tais como, entre outros, o cartão desconto.

Impõe-se, neste momento, com a legislação vigente, a articulação da ANS com os órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor para que se possa restringir, fiscalizar e, se for o caso, coibir a atuação destas empresas, evitando-se abusos aos direitos dos consumidores, considerando-se que as relações entre as denominadas administradoras de cartão-desconto e seus beneficiários têm evidente caráter de relação de consumo.

Certas empresas que hoje são conhecidas como administradoras de cartão-desconto, de fato, prometem ao mercado garantir a assistência à saúde. Esta garantia seria então prestada de modo irregular, eis que fora dos parâmetros fixados pela Lei nº 9.656, de 1998.

Tendo a Lei dos Planos de Saúde estabelecido o modelo brasileiro do serviço de intermediação na assistência suplementar à saúde, não é desprovida de fundamento a tese de que esta assistência só pode ser prestada de acordo com aquele modelo, tornando ilegal qualquer serviço de intermediação em saúde não conforme.

Assim, aquelas empresas de oferecimento de cartão-desconto mediante remuneração periódica praticam, potencialmente, propaganda

enganosa, ludibriando o consumidor - vendem garantia de assistência médica sem que possam ou tenham autorização para fazê-lo.



De todo o exposto, pode-se concluir que as administradoras de cartão-desconto não devem ser confundidas com operadoras de planos privados de assistência à saúde, estando, hodiernamente, à margem da regulação da Lei nº 9.656, de 1998, e, portanto, da ANS, pelos motivos e com as observações antes apresentadas.

São estas as considerações, *sub censura*, que se faziam pertinentes.

Gerência de Consultoria, em 6 de setembro de 2002.

Fabricio Ferreira Neves
Consultor

Aprovo. Encaminhe-se à Presidência.
Procuradoria, em de setembro de 2002.

Luiz Felipe Conde
Procurador-Geral



**ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA - GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL – ANS**

Av. Augusto Severo, nº 84, 11º andar
CEP: 20.021-040 – Glória – Rio de Janeiro/RJ

13/04/2005
P

PARECER Nº 388/2005/PROGE/GECOS

Consulta. Custo operacional. Solicitação de orientação quanto à conduta a ser adotada.

Processo nº 33902.070788/2004-49

Senhor Gerente da Consultoria Normativa,

As Diretorias de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO e de Desenvolvimento Setorial - DIDES solicitam análise desta Procuradoria Federal acerca dos quesitos elaborados na Nota Técnica Conjunta nº 02/04/DIDES/DIPRO, que versa sobre o denominado custo operacional.

Inicialmente, convém ressaltar que o presente Parecer se restringirá, tão-somente, ao caráter jurídico em cumprimento ao disposto na Instrução de Serviço PROGE nº 2/02, não adentrando no mérito dos aspectos técnicos que, por seu turno, devem ser objeto de consideração da autoridade administrativa competente. Esclarecido este ponto, passa-se à ao exame individualizado das indagações.

"1. Seria possível a regulamentação da modalidade de plano à preço pós estabelecido, usando a distinção entre planos individuais e planos coletivos levando em consideração o risco financeiro assumido, na forma acima descrita?"

Extrai-se da Nota Técnica em questão, que a modalidade custo operacional pode ocorrer tanto em plano individual, quanto em plano coletivo.

No que concerne ao risco financeiro assumido, observa-se que no plano individual é o próprio consumidor quem arca com os custos dos serviços efetivamente utilizados. Já na contratação coletiva, o risco financeiro pode ser imputado tanto ao próprio beneficiário, quanto à pessoa jurídica estipulante ou a sua coletividade de beneficiários, sendo que, neste último caso, o pagamento das despesas é feito independentemente da utilização dos serviços. Neste sentido, vale colacionar o seguinte trecho da Nota Técnica:

"A pessoa jurídica contratante assume todo o risco da utilização e paga os procedimentos efetivamente realizados pela sua massa vinculada ou, se tiver participação do beneficiário, mesmo que parcial, esta é determinada pelo rateio do total da despesa entre todos os participantes, independentemente da utilização dos serviços."

Convém mencionar, ainda que, ao que tudo indica, na sistemática do custo operacional, os prestadores dos serviços médico-hospitalares ou odontológicos são pagos diretamente pelo beneficiário, pela estipulante, ou pela sua coletividade de beneficiários, dependendo do acordado no contrato. A pessoa jurídica contratada, que oferece os serviços em questão, salvo engano, não arca com as despesas realizadas quando da prestação do aludido serviço, recebendo apenas o valor a título de administração.

Assim, tudo leva a crer que, na hipótese dos valores serem custeados pelos próprios beneficiários ou pelo estipulante quando os serviços são efetivamente utilizados, não há que se falar em "*pagamento integral ou parcial, às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor*", requisito necessário para que seja configurado o plano privado de assistência à saúde estabelecido no art. 1º, inciso I da Lei 9.656/98.

Todavia, o preenchimento do aludido pressuposto é matéria técnica que cabe ao órgão competente – no caso a própria DIPRO, consoante estabelece

os arts. 29 e 30 do Anexo I da RN 81/04¹ – estabelecer se o custo operacional é ou não plano privado de assistência à saúde. Vale lembrar que para que seja configurado o regular plano de saúde definido no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, todos os seus requisitos devem ser atendidos. Neste passo, convém colacioná-los abaixo:

- a) prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido;
- b) por prazo indeterminado;
- c) 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;
- d) visando a assistência médica, hospitalar e odontológica;
- e) a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Na ausência de algum destes requisitos, ou o produto ofertado pela pessoa jurídica não é plano privado de assistência à saúde, ou até pode ser caracterizado como tal, mas deve ser considerado irregular.

Desta feita, se o aludido órgão competente entender que o contrato, que tem por objeto a modalidade de custo operacional, seja ele individual ou coletivo, configura plano privado de assistência à saúde, é cabível a regulamentação da matéria, porquanto esta Agência Reguladora pode

¹ “Art. 29. À Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos compete:

I - planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos ou planos privados de assistência à saúde;

.....
Art. 30. À Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos compete:

.....
II - autorizar o registro dos produtos;

.....
V - emitir parecer para subsidiar a regulamentação;

VI - acompanhar e avaliar os contratos celebrados pelas operadoras com pessoa física ou jurídica e com prestadores de serviço;”

regulamentar os assuntos atinentes à sua atribuição legal (Lei 9.961/00, em especial, seu art. 4º, incisos II, X, XII e XLI²).

Insta, ainda, salientar que caso a Diretoria competente, ao contrário do acima exposto, entender que não configuram planos privados de assistência à saúde as hipóteses em que o pagamento da prestação do serviço é feito após a sua realização e diretamente pelo beneficiário ou pelo estipulante, em razão de não terem sido preenchidos todos os requisitos estabelecidos no inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98, os § 1º e 2º deste mesmo dispositivo legal estabelecem outras situações abarcadas pela Lei de planos privados de assistência à saúde.

É oportuno esclarecer que aquela que incidir no § 1º do art. 1º da Lei 9.656/98 também é considerada operadora de produtos, consoante se depreende da interpretação dos dispositivos das Leis 9.656/98 e 9.961/00, sobretudo o inciso XLI do seu art. 4º³, cabendo, mais uma vez, ao órgão competente – neste caso, a DIOPE e sua Gerência-Geral de Normas e Análise de Mercado (art. 26 e 27 do Anexo I da RN 81/04)⁴ – definir a questão.

²Art. 4º Compete à ANS:

.....
II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

.....
X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

.....
XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

.....
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, 3 de junho de 1998, incluindo:"

³ Art. 4º Compete à ANS:

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, 3 de junho de 1998, incluindo:

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;"

⁴ Art. 26. À Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras compete:

I - planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento das operadoras de planos de assistência à saúde;

.....
III - certificar as operadoras, conforme o nível de habilitação assistencial e gerencial;

.....
VI - autorizar o registro definitivo e o funcionamento das operadoras de planos de assistência à saúde;

Neste diapasão, cumpre ressaltar que o órgão técnico competente, ao promover determinada interpretação de matéria legal específica, o faz no exercício do juízo regulatório e, portanto, com certa carga decisória, levando em conta critérios e parâmetros de tecnicidade que se circunscrevem, legitimamente, no âmbito do poder discricionário do ente de regulação.

Assim, para responder objetivamente a indagação, em primeiro lugar, deve-se verificar se o denominado custo operacional, seja ele individual, coletivo, com repasse do risco financeiro para o beneficiário, para o estipulante, ou para a sua coletividade de beneficiários, pode ser considerado plano privado de assistência à saúde.

Na hipótese do órgão competente entender de forma positiva, pode haver a normatização pela ANS da modalidade de plano a preço pós-estabelecido, visando à distinção entre planos individuais e coletivos e levando em consideração o risco financeiro assumido, conforme descrito.

"2. Poderíamos impedir a comercialização por operadoras da modalidade de plano à preço pós-estabelecido – contratação individual ou coletiva com participação do beneficiário individualizadamente pela utilização de serviços, com base na fundamentação do item 'A' desta Nota?"

Extrai-se da leitura do enunciado que se pretende impedir que operadoras de planos privados de assistência à saúde comercializem de planos a preço pós-estabelecido com participação individualizada do beneficiário, tendo em vista o entendimento no sentido de que tais atividades não configuram planos privados de assistência à saúde, incidindo, ainda, na vedação estabelecida no art. 2º, inciso VII da Resolução CONSU nº 8/98.

Art. 27. À Gerência-Geral de Normas e Análise de Mercado compete:

.....
IV - propor normas, com apoio técnico das demais Gerências da ANS ou de câmaras técnicas de caráter consultivo, sobre as seguintes matérias:

a) segmentação das operadoras e administradoras de planos de assistência à saúde, observada as suas peculiaridades;

.....
V - efetuar o registro provisório e o definitivo das operadoras de planos de assistência à saúde;

VI - emitir pareceres para subsidiar a regulamentação;"

De acordo com o estabelecido em nossa Constituição da República, a Administração Pública somente pode obrigar ou impedir que o particular faça algo se a Lei assim determinar⁵.

Desta feita, a ANS somente pode impedir a prática de determinada atividade econômica quando esta atividade estiver sob a égide de sua competência e haja um embasamento legal para a proibição.

Como é cediço, as atribuições da ANS estão previstas nas Leis 9.961/00, em especial o seu art. 4º, e na Lei 9.656/98.

Destarte, tendo em vista que a ANS é o órgão regulador do mercado de saúde suplementar, que ela tem a atribuição de controlar as atividades que garantam a assistência à saúde suplementar (art. 1º da Lei 9.961/00), bem como que o inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98 estabelece, como requisito para ser considerado plano privado de assistência à saúde, a necessidade de pagamento integral ou parcial às expensas da operadora contratada; uma operadora de plano privado de assistência à saúde não pode repassar, ao beneficiário de modo individualizado, o pagamento total do serviço de assistência à saúde prestado. Nesta hipótese a operadora estará, realmente, incorrendo na vedação do art. 2º, inciso VII da Resolução CONSU nº 8/98, que tem como fonte de validade o estabelecido no inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98.

Assim, se for constatado, consoante estabelecido na resposta do primeiro quesito, pelos órgãos competentes, que a hipótese estabelecida na presente indagação não configura plano privado de assistência à saúde e também

⁵ “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

.....
II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

.....
Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios:

.....
Parágrafo único. É assegurado a todos o livre exercício de qualquer atividade econômica, independentemente de autorização de órgãos públicos, salvo nos casos previstos em lei.

.....
Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.”

4
P
não está abarcada pelos §§ 1º e 2º do art. 1º da Lei 9.656/98, a ANS pode vedar que uma operadora de planos privados de assistência à saúde exerça também este tipo de atividade, com base no art. 34º da Lei 9.656/98.

"3 – Poderíamos impedir o repasse do custo, ou seja, do risco financeiro para os beneficiários nos planos coletivos, ficando isso a cargo da pessoa jurídica contratante ou da sua coletividade de beneficiário, conforme disposto no item 'B'?"

Consoante já demonstrado, ao que tudo indica, o inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98 não abarca a hipótese do pagamento pelo serviço de assistência à saúde ser custeado integralmente pelo beneficiário.

Desta feita, entendendo os órgãos competentes que os contratos que contêm cláusula, responsabilizando o beneficiário de modo integral e individualizado pelos valores referentes aos serviços médico-hospitalares, ou odontológicos prestados, não configuram planos privados de assistência à saúde, por estarem em desacordo com o inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98, bem como que não estão abarcados nos §§ 1º e 2º do art. 1º da mesma lei, a ANS pode impedir, conforme já explicitado (art. 34 da Lei 9.656/98), que operadoras de planos privados de assistência à saúde exerçam essa prática.

De outra sorte, vale repisar que cabe ao órgão competente também verificar se o contrato que repassa os custos à pessoa jurídica contratante (estipulante) ou a sua coletividade de beneficiários atende a todos os requisitos constantes no inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98, ou, ao menos, se enquadra nos §§ 1º ou 2º do mesmo art. 1º.

"4 – A interpretação do marco legal que aponta para que as operadoras se responsabilizem pelo risco financeiro, e não o beneficiário, é consistente para não caracterizar essa operação como plano de saúde e portanto, impedir o seu registro?"

⁶ Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.

As minutas dos contratos apresentadas contendo cláusula que disponha sobre a transferência da totalidade do risco financeiro para o beneficiário estão em desacordo com o inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98, não configurando, portanto, o plano privado de assistência à saúde ali definido.

O art. 4º⁷ c/c o art. 13º da RN 85/04 estabelece que a ANS deverá devolver a documentação à operadora que pretender registrar contrato em desconformidade com a legislação de planos privados de assistência à saúde.

Assim, na hipótese ventilada, a ANS pode negar o registro do produto pelo fato da pessoa jurídica não ter cumprido todos os requisitos dispostos no inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98.

São essas as considerações no momento.

É o parecer, *sub censura*.

Gerência de Consultoria Normativa, em 11 de março de 2005.

MARIA CECÍLIA CORDEIRO DE OLIVEIRA
Procuradora Federal
Matrícula nº 1357386

De acordo. Encaminhe-se ao Sr. Procurador-Geral.

Gerência de Consultoria Normativa, em de de 2005.

DALTON COUTINHO CALLADO
Gerente de Consultoria Normativa

Aprovo. Encaminhe-se à DIPRO/DIDES.

Procuradoria-Geral, em de de 2005.

EDUARDO MARCELO DE LIMA SALES
Procurador-Geral/ANS

⁷ "Art. 4º Os pedidos incompletos, em que não estejam presentes todos os documentos ou itens de apresentação obrigatória exigidos nesta Resolução e nas Instruções Normativas a serem editadas, não serão encaminhados para análise técnica, sendo toda a documentação devolvida à pessoa jurídica."

⁸ "Art. 13. A concessão do registro dependerá da análise da documentação e das características do plano descritas pela operadora, que deverão estar em conformidade com a legislação em vigor, e disposições do Anexo II."



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
Procuradoria-Geral Federal
Procuradoria Federal – ANS
Av. Augusto Severo, 84, 9º Andar, Glória, Rio de Janeiro/RJ.

PARECER/ N° 443 / 2007 / PROGE / GEDASA

Direito Administrativo. Direito Financeiro. Direito Constitucional. Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. Art. 32 da Lei n° 9.656/98. Natureza jurídica: obrigação cível ex lege. Empresa que comercializa sistema de Cartão Desconto. Situação fática comprovada nos autos. Inaplicabilidade de Lei n° 9.656, de 1998 à mesma. Necessidade de cancelamento da inscrição no CADIN.

PROCESSO N° 33902.099089/2003-08

Sra. Procuradora-Chefe,

**- I -
RELATÓRIO.**

Cuida-se de processo administrativo de cobrança de verbas a serem ressarcidas ao Sistema Único de Saúde, previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, autuado sob o n° 33902.099089/2003-08, deflagrado mediante ato *ex officio* da Gerência Geral de Integração com o SUS – GGSUS, perante a Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, em face da Operadora MARIMED SERVIÇOS MÉDICOS S/A.

O presente feito tem por fim proceder à cobrança do Aviso de Internação Hospitalar – AIH n° 2568487009, no respectivo valor de R\$ 528,95 (quinhentos e vinte e oito reais e noventa e cinco centavos- fl. 03).

Efetuados os trâmites procedimentais para cobrança do respectivo crédito, os quais restaram infrutíferos, foram os autos do processo administrativo acima mencionado enviado à Procuradoria Federal junto à ANS para análise da liquidez e certeza do crédito, a qual atestou a aptidão do mesmo para inscrição em Dívida Ativa, conforme Parecer 1134/2005/PROGE/GEDASA, de folhas 12 a 28.

Ocorre que, após a regular inscrição em dívida ativa e no CADIN (fl.32/40), mas antes da propositura da competente ação de Execução Fiscal, esta Procuradoria foi informada pela Gerência Geral de Integração com o SUS que a Operadora operava no sistema de Cartão de Desconto, segundo se depreende do Memorando n° 257/2007/GGSUS/DIDES, de fls. 42/51.

Desta forma, tendo em vista as informações supervenientemente prestadas, passo a fundamentação.

- II -
FUNDAMENTAÇÃO
DO SISTEMA DE DESCONTO NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

O mercado de saúde suplementar passou a ser regulado com o advento da Lei nº 9.656/98, marco jurídico regulatório que disciplinou a atuação das operadoras de planos privados de saúde, positivando e definindo o contrato de plano privado de assistência à saúde, por meio de regras próprias e específicas, de caráter cogente e observância obrigatória, com o fito de resguardar o consumidor e garantir que o mercado não ficasse sujeito à ingerências arbitrárias, efetivando, assim, o cumprimento da função social tanto da empresa de assistência à saúde, quanto do seu respectivo contrato.

Todavia, ao longo da vigência do referido ordenamento legal, foi detectado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a interferência de uma nova forma de administração de acesso aos consumidores à rede de prestadores de serviços, a saber, o sistema de desconto, vulgarmente denominado de “Cartão Desconto”.

Em face da realidade desse novo segmento mercadológico, a Câmara de Saúde Suplementar nº 28, de 27 de junho de 2002, discutiu a necessidade da ANS regular, ou não, as entidades que atuam na modalidade de serviços de descontos, tendo a Autarquia dado início a uma série de medidas, visando estudar sua forma de atuação e seu impacto no mercado.

Por conseguinte, a ANS veiculou em seu portal na *internet* a Consulta Pública nº 08, de 18 de outubro de 2002, onde divulgou seu posicionamento inicial de que as empresas que operassem com sistema de descontos na área de saúde estariam sob a égide da Lei nº 9.656/98.

Após a consulta realizada, em 12 de dezembro de 2002, a ANS fez publicar o **Comunicado nº 08**, versando sobre a regularização das empresas de descontos junto à Autarquia, nos seguintes termos:

“DIVULGA o entendimento de que as atividades de administração, disponibilização ou comercialização de produtos ou serviços mediante acesso e direcionamento à rede credenciada ou referenciada de profissionais e serviços de saúde, por meio de pagamento de contraprestação pecuniária, vinculados a descontos aos consumidores, como cartões de desconto ou similares, estão submetidas aos dispositivos da Lei n.º 9.656, de 1998, especialmente quanto às exigências de registro e autorização pela ANS e às garantias assistenciais previstas, notadamente em seus artigos 10 e 12, motivo pelo qual;
DETERMINA que as empresas, que vêm oferecendo essa modalidade de produtos e serviços, regularizem sua atuação junto à ANS, visando o cumprimento das exigências dispostas na Lei n.º 9.656, de 1998, no

período de 15 de janeiro a 15 de abril de 2003, sob pena da aplicação das sanções legais”.

Todavia, dada à necessidade de se conhecer melhor este segmento de mercado e sua forma de atuação, a ANS publicou a RN nº 25, de 28 de janeiro de 2003, que dispõe sobre o cadastramento e demais providências que regem as pessoas jurídicas que operam com sistemas de descontos junto a esta Autarquia.

Ocorre que, posteriormente, concluídos os estudos sobre a atuação das empresas de descontos no mercado de saúde suplementar, a ANS firmou novo posicionamento, no sentido de considerar que **“Os sistemas de descontos NÃO são planos de assistência à saúde e são vendidos por empresas que não garantem e não se responsabilizam pelos serviços oferecidos, pelo pagamento de despesas ou pelo valor que será efetivamente cobrado do consumidor: A oferta e propaganda desses serviços como Plano de Saúde é enganosa e pode confundir o consumidor na hora da escolha de seu plano, entendimento este que se encontra consubstanciado no Comunicado nº 9, de 06 de Junho de 2003, verbis:**

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o caput do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto 3.327, de 5 de janeiro de 2000, considerando:

A finalidade institucional da ANS de promover a defesa do interesse público na assistência à saúde suplementar,

Os resultados obtidos na avaliação das informações das empresas que oferecem assistência à saúde mediante filiação a rede de descontos,

A vulnerabilidade do consumidor na escolha de produtos de assistência à saúde.

Comunica que:

1. Os sistemas de descontos **não são planos de assistência à saúde** e são vendidos por empresas que não garantem e não se responsabilizam pelos serviços oferecidos, pelo pagamento de despesas ou pelo valor que será efetivamente cobrado do consumidor;
2. A oferta e propaganda desses serviços como Plano de Saúde é enganosa e pode confundir o consumidor na hora da escolha de seu plano;
3. A ANS desaconselha este tipo de contratação, que não apresenta as garantias assistenciais mínimas exigidas pela legislação, deixando consumidor vulnerável nas situações de maior risco, que são exatamente aquelas em que o custo da assistência médica pode chegar a valores muito elevados.

O Ministério da Saúde, a partir de proposta da ANS, estará encaminhando ao Congresso Nacional Projeto de Lei proibindo a oferta destes sistemas de desconto e de qualquer outro tipo de atividade de intermediação que não atenda a legislação em vigor.

A ANS, em recente decisão de Diretoria Colegiada, vedou às operadoras e seguradoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos, e fixou multa de R\$ 50.000,00 para os casos de infração ¹

¹ A penalidade foi prevista no art. 6º da Resolução Normativa nº 40, de 06 de Junho de 2003.

Isto por que o contrato de plano privado de assistência à saúde tem sua definição legal positivada no art. 1º, inciso I, da Lei nº 9.656, de 1998, que o conceitua como a “(...) 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**”.

A exegese do texto legal acima transcrito nos remete que a função social, definida na lei, do contrato de plano de assistência à saúde está em garantir ao usuário, o qual contribui periodicamente para a formação e manutenção de fundo pecuniário, o direito ao atendimento médico, nos casos de sinistralidade contratualmente coberta, assegurando, ainda, que o custo financeiro pelo procedimento prestado corra às expensas da respectiva operadora, a qual administra o referido fundo pecuniário para tanto.

Extrai-se, destarte, que os elementos fundamentais para o conceito de contrato de plano privado de assistência saúde são a garantia de assistência à saúde e a garantia de cobertura financeira dos riscos desta assistência.

Assim, justifica-se o posicionamento firmado pela ANS, no sentido de não considerar o sistema de desconto como contrato de plano privado de assistência à saúde, uma vez que, conforme estudo elaborado em conjunto pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE e pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO², concluiu-se que:

“Isto posto, com base nos dados cadastrados na ANS, em decorrência da RN nº 25, de 28 de janeiro de 2003, entendemos que o Sistema de Desconto é a garantia de acesso a uma rede de prestadores de serviços na área médica, hospitalar e/ou odontológica, onde o pagamento é feito pelo consumidor diretamente ao prestador, no valor integral da despesa efetuada, com base na tabela referencial de desconto.

Percebe-se, portanto, que o risco em relação à perda financeira associada ao tratamento da doença permanece com o consumidor desse tipo de serviço. Ao adquiri-lo o indivíduo não consegue se prevenir do infortúnio de uma doença, nem tem as despesas associadas ao seu tratamento cobertas pela empresa que lhe vendeu esse serviço. Dessa forma seu nível de riqueza permanece ameaçado por eventos incertos”. – grifamos.

Portanto, se no sistema de desconto o custo financeiro do atendimento médico corre, exclusivamente, por conta e risco do consumidor, não há como se enquadrar tal contrato como plano privado de assistência à saúde, nos termos do art. 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/98, uma vez que neste, o referido encargo tem que, necessariamente, correr às expensas da operadora, ainda que parcialmente.

² Relatório Final sobre o Sistema de Descontos; elaborado em conjunto pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE e pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO; coordenação: Maria Cecília Rossilho de Figueiredo Barbosa.

- III -
CONCLUSÃO.

Desta forma, reportando a situação fática dos autos do presente processo administrativo, em que restou comprovada que a operadora atuava com cartão de desconto e, conforme posicionamento firmado por parte da ANS no sentido de que as mesmas não estão sujeitas ao dever de restituir o Erário por não se enquadrarem no conceito de Operadora de Planos de Saúde previsto no inciso I, do art. 1º, da Lei nº 9.656/98, **opina-se pela retirada do nome da operadora em questão da Dívida Ativa, conforme requerido as folhas 51, com a conseqüente emissão de certidão atestando o ato de retirada a ser juntado nos autos do processo administrativo.**

Ressalte-se, por fim, a desnecessidade de adoção de qualquer medida judicial, tendo em vista que o crédito em questão, embora regularmente inscrito, como já visto, ainda não foi objeto da competente ação de execução fiscal o que, inclusive, face ao acima aduzido, torna prejudicada a propositura da mesma.

É o que me parece, salvo melhor juízo.

À Superior consideração.

Gerência de Dívida Ativa e Serviços Administrativos, em 30 de outubro de 2012.

Helio Verdussen de Andrade Filho
Gerência de Dívida Ativa e Serviços Administrativos - GEDASA
Matrícula SIAPE 1.357.384

Aprovo. Devolva-se à GEDASA para retirada do nome da Operadora da inscrição em dívida ativa da ANS. Após, encaminhe-se a GEFIN para retirada do nome da operadora do CADIN.

Procuradoria da ANS, em de julho de 2007.

Lucila Carvalho Medeiro da Rocha
Procuradora –Chefe/ANS
Matrícula SIAPE nº 1219801



ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL JUNTO À AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE-RIO DE JANEIRO (RJ)

18
11

COTA DE ENCAMINHAMENTO

Referência: Processo nº 33902.527905/2012-60.

Senhora Gerente da GECOS,

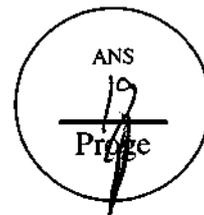
Encaminho o processo em referência para as providências cabíveis, tendo em vista a natureza da matéria.

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2012.

Edibaldo Homobono Santa Brígida
Procurador Federal
Matrícula SIAPE nº 0130672
Assessor Especial da PROGE - ASSEP

RECEBIDO
12 de novembro de 2012
ASS: [assinatura]

Av. Augusto Severo, 84 – 7º andar – Glória, Cep 20.021-040 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
telefone: (21) 21050000 – Endereço eletrônico: pfans-i@ans.gov.br



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA-GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL JUNTO À AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - RIO DE JANEIRO (RJ)

COTA DE DISTRIBUIÇÃO DE PROCESSO

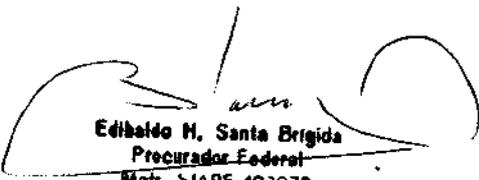
Referência: Processo nº 33902.527905/2012-60.

Distribuo o presente feito ao Dr. Edivaldo Homobono Santa Brígida para análise e manifestação.

Rio de Janeiro, em 6 de novembro de 2012.


MARIA CECÍLIA CORDEIRO OLIVEIRA
Procurador Federal
Matrícula SIAPE n.1357386
Gerente de Consultoria Normativa

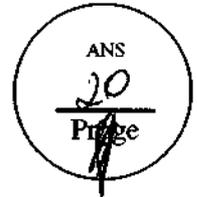
Recebido em 08/11/2012.


Edivaldo M. Santa Brígida
Procurador Federal
Matr. SIAPE 130672
Assessoria Especial da PROGE

Rua Teixeira de Freitas, 5, Centro, 4º andar, Centro, Cep 20021-350, Rio de Janeiro (RJ)
Telefone: (21) 2105-0358 - Endereço eletrônico: pfans-i@ans.gov.br



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA-GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL - ANS



Referência: Processo nº 33902.527905/2012-60.

Redistribuo o presente feito a Dr^a Adriana Castro, para análise e manifestação, tendo em vista que o Dr. Edibaldo Homobono Santa Brígida, se encontra com outros processos prioritários.

Rio de Janeiro, em 24 de junho de 2013.


MARIA CECÍLIA CORDEIRO OLIVEIRA
Procurador Federal
Matrícula SIAPE n.1357386
Gerente de Consultoria Normativa

Recebido,

Em 25/6/13


Adriana S. de C. Castro
Procuradora Federal
Mat. SIAPE nº 1357389



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA-GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL JUNTO À AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - RIO DE JANEIRO (RJ)

TERMO DE JUNTADA DE DOCUMENTOS

PROCESSO ANS 33902.527905/2012-60

Faço juntar nesta data, ao presente feito, o documento de fl. 22 .

Rio de Janeiro, em 13 de setembro de 2013.


ADRIANA SUZANO DE CAMARGO CASTRO
Procuradora Federal
Matrícula SIAPE nº 1357369

2
1

1 **ATA DE REUNIÃO**
2 **CÂMARA TÉCNICA DE MECANISMOS DE REGULAÇÃO**
3 **5ª REUNIÃO - 13/11/2012**
4
5

6 Aos treze dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze,
7 reuniram-se na sede da ANS, no Rio de Janeiro, das 14h55 às 16h40,
8 representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de
9 instituições do setor de saúde suplementar e da sociedade civil para a
10 realização da 5ª Reunião da Câmara Técnica de Mecanismos de Regulação.
11 A assinatura desta ata está disposta na lista de presença.

12 A Diretora-Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
13 (DIPRO) da ANS, Drª Carla Soares, primeiramente, dá boas vindas e pede
14 desculpas mais uma vez pelo atraso, mas diz que nesse final de mandato do
15 Diretor-Presidente da ANS, Maurício Ceschin, houve uma reunião de
16 diretoria colegiada hoje, e por isso o atraso. O Dr. Maurício, infelizmente,
17 não poderá estar conosco, a gente também está aguardando o Dr. André
18 Longo que é o Diretor-Presidente substituto, mas ele acabou de me avisar
19 para já fazer a abertura, e não deixá-los esperando por mais tempo, porque
20 surgiu um imprevisto. E aí eu já vou começar dando a notícia de alguns
21 encaminhamentos, que inclusive foram deliberados. Na última reunião, a
22 FENASAÚDE, e até depois com esse pedido ratificado pelas outras entidades
23 apresentou um pedido para que a gente reavaliasse o conceito de franquia,
24 se realmente a questão da franquia não pode representar a cobertura
25 integral do procedimento, no que a ABRAMGE também corroborou com esse
26 entendimento, e um dos compromissos que o Dr. Maurício assumiu foi fazer
27 uma consulta à PROGE para que então a gente então desse esses
28 prosseguimentos. Essa consulta à PROGE, a nossa procuradoria foi feita,
29 não tivemos a resposta ainda em tempo hábil para procuradoria responder,
30 mas nós levamos a situação, então, à reunião de hoje da colegiada e os
31 diretores deliberaram que este aspecto econômico- financeiro, ou seja, os
32 mecanismos de regulação econômico-financeiros dependem não só do
33 parecer da PROGE como aprofundamento, mas como também de mais
34 estudos de caso. Se o parecer da PROGE for favorável, a gente vai precisar
35 desenhar um modelo, desenhar limites, e por essa razão então, eles
36 decidiram que seria melhor a gente avançar em todos os outros
37 mecanismos assistenciais e administrativos. Então, hoje, será realmente a
38 última reunião da câmara técnica e nós vamos avançar quanto à minuta de
39 Resolução Normativa (RN), com relação aos mecanismos assistenciais e
40 administrativos, e instituiremos um grupo técnico pra fazer os estudos
41 sobre mecanismos de regulação econômico-financeiros. A proposta, então,
42 é que após essa câmara técnica de hoje, essa última reunião de hoje, a
43 gente depois disponibilizará como foi solicitado pelos órgãos de defesa do
44 consumidor que a gente disponibilizasse a minuta de RN pra que vocês
45 tenham conhecimento antes de ela ir à consulta pública e assim será feito.
46 E a gente estabeleceu os limites, a proposta é que nessa RN, tudo o que
47 diga a respeito aos mecanismos de regulação econômico-financeiros, a
48 gente repita o que está na CONSU nº 8, enquanto, não se avança para que
49 a gente não tenha dois normativos em vigor, concomitantemente, a nova
50 RN que revoga parte da CONSU nº 8. Então, a gente vai replicar, fazer um

51 único normativo tendo os avanços com relação à parte assistencial e
52 administrativa, vamos manter por enquanto em vigor o que já existe de
53 conceito de coparticipação e de franquia até que esse grupo técnico encerre
54 os trabalhos, e a gente possa propor um normativo específico de
55 mecanismos financeiros. Esses são os encaminhamentos que serão dados e
56 aí eu passo a palavra para Gerente-Geral de Estrutura e Operação de
57 Produtos (GGEOP) da DIPRO da ANS, Dr^a Denise Domingos. A gente,
58 geralmente, no processo da câmara técnica vem o extrato da ata da
59 colegiada, na RN não, porque a própria minuta não comporta para
60 mencionar a decisão da colegiada, mas no processo na etapa de exposição
61 de motivos da RN sim, pois na exposição de motivos constará a decisão da
62 colegiada. Um grupo técnico mais ou menos como fizemos com a câmara
63 técnica do novo modelo de reajuste, essa câmara técnica foi encerrada e
64 depois foi constituído um grupo técnico. Então, nós vamos constituir um
65 grupo técnico com a participação dos senhores, claro, talvez mais alguns
66 *experts* no assunto pra que a gente possa caminhar exatamente uma
67 proposta de mecanismos econômico-financeiros, para poder avançar nos
68 conceitos de franquia, de coparticipação, de limites, teto ou nome.

69 A Dr^a Denise Domingos da GGEOP/DIPRO dá boa tarde, ressaltando a
70 parte de mecanismos de regulação da área especial, anunciando que irá
71 repassar aqui uma apresentação bem curtinha, e revela que vai repassar
72 aqui o que foi consolidado de todas as demais reuniões. Sobre o conceito de
73 mecanismos de regulação são meios em recursos técnicos administrativos
74 ou financeiros utilizados pelas operadoras que tratam o art. 1º da Lei nº
75 9656, de 1998, com a finalidade de gerenciar a demanda ou a utilização dos
76 serviços assistenciais em compatibilidade com o disposto nos códigos de
77 éticas profissionais, na Lei nº 9656 de 1998, seus regulamentos e na
78 legislação vigente. Aqui pequenos aspectos, não quero dizer que só esses
79 aqui se configurem em mecanismos de regulação, mas foi o que se extraiu
80 de nossas reuniões. Configuram mecanismos de regulação procedimentos
81 adotados para fim de autorização prévia, atendimento básico realizado por
82 médico ou odontólogo, no qual será realizado o encaminhamento a serviços
83 especializados quando necessário, encaminhamento a determinados
84 prestadores da rede credenciada previamente definidos pela operadora,
85 quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico,
86 procedimentos, cuja realização depende de procedimento anterior que
87 indique sua necessidade desde que esteja previsto nas diretrizes
88 reconhecidas pelo Ministério da Saúde, pela ANS ou pelas sociedades
89 médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e Associação
90 Médica Brasileira. Sejam quais forem os mecanismos de regulação e quais
91 as condições de utilização são aquelas, as quais, a operadora deverá
92 informar clara e previamente ao beneficiário no material publicitário, no
93 instrumento jurídico e no meio de divulgação de serviços e plano, os fatores
94 moderadores e todas as suas condições sob pena de inviabilizar a sua
95 aplicação, fornecer ao beneficiário um CPF ou CNPJ, nome ou a razão social
96 do prestador, a data da realização do evento, o valor pago ao prestador e o



ADVOGACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA-GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL - ANS
GERÊNCIA DE CONSULTORIA NORMATIVA

Parecer nº 434 /2013/GECOS/PROGE PF-ANS/PGF

PROCESSO ANS 33902.527905/2012-60

INTERESSADO: Assessoria Normativa dos Produtos -- ASSNP/ DIPRO

ASSUNTO: Franquia.

I – Consulta. Cobertura do plano de saúde de integral do risco.

II – Questionamento sobre a interpretação do conceito de cobertura assistencial aos beneficiários e a garantia do risco.

III - Possibilidade de a ANS permitir a criação de produto com estipulação de franquias, desde que observadas as restrições legais, em especial, a do inciso I, do art. 1º da Lei 9656/98.

Senhora Gerente de Consultoria Normativa,

- I -

01. Trata-se de processo encaminhado a esta Procuradoria Federal Junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS pela Diretoria-Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO, por intermédio da Nota nº 025/2012/ASSNT/DIPRO/ANS (fls. 02/06 v.), para manifestação jurídica acerca da interpretação do conceito de cobertura assistencial aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, especialmente sobre a integralidade da garantia do risco.

02. Para fins de instruir os autos, fez-se juntada à fl. 21 das duas primeiras páginas da ata da 5ª reunião da Câmara Técnica de Mecanismos de Regulação, ocorrida em 13 de novembro de 2012, da qual importa citar as linhas 21 à 37:

(...) Na última reunião, a FENASAÚDE, e até depois com esse pedido ratificado pelas outras entidades apresentou um pedido para que a gente reavaliasse o conceito de franquias, se realmente a questão da franquias não pode representar a cobertura integral do procedimento, no que a ABRAMGE também corroborou com esse entendimento, e um dos compromissos que o Dr. Maurício assumiu foi fazer uma consulta à PROGE para que então a gente desse (sic) esses prosseguimentos. Essa consulta à PROGE, a nossa procuradoria foi feita, não tivemos resposta ainda em

(Handwritten initials)

tempo hábil para procuradoria responder, mas nós levamos a situação, então, à reunião de hoje da colegiada e os diretores deliberaram que este aspecto econômico-financeiro, ou seja, os mecanismos de regulação econômico-financeiros dependem não só do parecer da PROGE como aprofundamento, mas como também de mais estudos de caso. Se o parecer da PROGE for favorável, a gente vai precisar desenhar um modelo, desenhar limites, e por essa razão então, eles decidiram que seria melhor a gente avançar em todos os outros mecanismos assistenciais e administrativos. (...) *sublinhado nosso*.

03 É o breve relato.

- II -

04. Considerando que a amplitude da consulta efetuada, com o fito de delimitar e melhor compreender a questão posta para análise, citar-se-ão os principais pontos da consulta (Nota nº 025/2012/ASSNT/DIPRO/ANS):

fls. 03/04:

Questão cadente sempre alvo de controvérsia foi a extensão da cobertura assistencial que as operadoras devem oferecer aos seus beneficiários.

O texto do inciso I do art. 1º da Lei 9656/98 esclarece que a cobertura à assistência à saúde dos beneficiários não pode ter quaisquer limites financeiros.

Por ocasião da edição da Resolução CONSU nº 08/98, aquele Conselho melhor esclareceu o conceito de ausência de teto de cobertura, deixando claro, no inciso III de seu art. 2º, que:

(...)

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

(...)

III – limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;

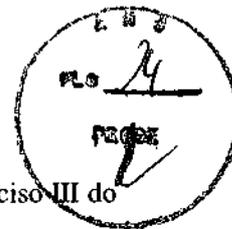
Portanto, o Conselho de Saúde Suplementar, por ocasião da edição da CONSU nº 08/98 deixou claro, para evitar quaisquer dúvidas, que a ausência de teto trazia como consequência a cobertura de todo e qualquer procedimento necessário para a assistência à saúde do beneficiário.

Fls. 05v./06:

Sabe-se de sobejo que esta Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO encontra-se com Câmara Técnica em andamento para revisão da prolatada Resolução CONSU nº 08/98.

Durante as discussões técnicas da Câmara, o mercado regulado questionou esta Agência sobre a possibilidade oferecimento de um produto com a estipulação de uma franquia mínima a ser paga pelo beneficiário para utilização dos serviços de saúde, funcionando de maneira bastante similar ao conceito consagrado de franquia no mercado segurador de automóveis.

.....
Embora a proposta trazida pelo mercado regulado já tenha uma experiência de longa data no mercado segurador de automóveis, vislumbra-se uma possível resistência com base na



interpretação do conceito de plano privado de assistência à saúde, trazida pelo inciso III do art. 2º da Resolução CONSU nº 08/98.

No entanto, tendo por base a fundamentação apresentada, cabe uma consulta formal a essa Procuradoria a fim de esclarecer se esta Agência poderia, dentro de seu escopo regulatório, pensar e estudar tecnicamente a criação de um produto com estipulação de franquia ou se, efetivamente o conceito de cobertura integral do risco por procedimento coberto pelos planos privados de assistência à saúde, explicitado nos Pareceres acima colacionados, não admite qualquer exceção legal.

04. Depreende-se que o cerne da questão é esclarecer se há possibilidade jurídica de se estabelecer franquia no âmbito da ANS nos termos como ocorre no mercado segurador, em especial referente a veículos automotores, e quais as limitações legais a que a ANS está sujeita quando da regulação.

05. Entende a presente parecerista que os fundamentos para a resposta a presente consulta foram abordados no Parecer nº 388/2005/PROGE/GECOS, citado pela Nota nº 025/2012/ASSNT/DIPRO/ANS, do qual cumpre citar:

Vale lembrar que para que seja configurado o regular plano de saúde definido no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, todos os seus requisitos devem ser atendidos. Neste passo, convém colacioná-los abaixo:

- a) prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido;
- b) por prazo indeterminado;
- c) 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;
- d) visando a assistência médica, hospitalar e odontológica;
- e) a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (grifo nosso)

06. Reporta-se a letra “e” acima citada, em suma, que assistência seja paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

07. Este entendimento é claramente depreendido da leitura do inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, o qual importa transcrever:

Art. 1º *Omissis.*

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;

07. Conclui-se, portanto, que para configurar plano privado de assistência à saúde a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais deve ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso (típico do seguro) ou pagamento direto ao prestador.

08. Necessário, todavia, analisar a compatibilidade desta regra com a previsão de franquia, prevista no inciso VIII, do art. 16 da referida Lei¹.

10. Historicamente, observa-se que antes do advento da Lei 9.656/98 a estipulação de franquia em seguros saúde era regulamentada pela SUSEP, consoante dispunha a redação, derogada, do Decreto-Lei 73:

Art 130. A garantia do Seguro-Saúde consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico-hospitalar ao segurado.

§ 1º A cobertura do Seguro-Saúde ficará sujeita ao regime de franquia, de acordo com os critérios fixados pelo CNSP.

11. A definição de franquia, no mercado securitário (diga-se, não saúde suplementar) é conferida pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP. Em seu site apresenta como definição de franquia (perguntas mais frequentes sobre seguro de automóvel)²:

4- O que é franquia?

É o valor, expresso na apólice, que representa a parte do prejuízo que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado.

12. Contudo, não se pode afirmar que se trata da mesma “franquia”, com as mesmas peculiaridades da do mercado de saúde suplementar, pois os normativos setoriais têm que ser observados, inclusive a restrição prevista no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, cabendo a ANS sua definição.

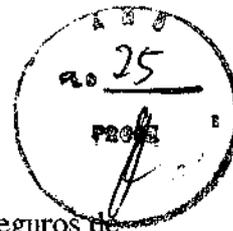
13. Nota-se que a franquia era prevista para seguro saúde antes do advento da Lei 9.656/98. À época, o mercado não regulado pela SUSEP de planos de saúde (não seguros), utilizava-se do instituto da co-participação como mecanismo de regulação de utilização de uso.

14. Depreende-se, portanto, que eram mecanismos de regulação antes do advento da Lei 9.656/98, o instituto da co-participação, para os planos de saúde, e da franquia para os seguros saúde.

15. Em consonância com a situação fática até então existente, a Lei 9.656/98, em sua versão primitiva definia operadoras de planos privados de assistência à saúde e operadoras

¹ VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

² <http://www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/perguntas-mais-frequentes-sobre-seguro-de-automovel> (acesso em 17-10-13 às 16h08m)



de seguros privados de assistência à saúde, e por conseguinte, planos de saúde e seguros de saúde, como produtos distintos. Cumpre citar:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:

I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;

II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.

Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde. (artigo revogado pelo artigo 6º da MP 1908-18 de 24 de setembro de 1999)

16. Na redação original da Lei 9.656/98, ao que parece, por corolário à existência de distinção entre seguro saúde e plano de saúde, havia a previsão no inciso VIII, do art. 16 de franquia e co-participação. Vale trazer:

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros tratados nesta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

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

17. Como bem ressaltado pela Nota nº 025/2012/ASSNT/DIPRO/ANS, precisamente à fl. 03, tendo por base a leitura do inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98, pode-se concluir que o legislador, após as mudanças no texto original da norma pelas sucessivas medidas provisórias, alterou o conceito de plano privado de assistência à saúde para acabar com a diferenciação entre plano e seguro saúde, deixando clara a "(...) 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”.

18. Cumpre frisar que, com as alterações produzidas por medidas provisórias, a Lei 9.656/98 passou a não mais definir plano e seguro saúde de forma distintas, sendo plano de saúde um conceito lato, englobando a figura do seguro saúde, conforme se depreende da leitura do já citado inciso I, do seu art. 1^o³, vigente.

19. Neste sentido, a Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências, dispôs expressamente:

Art. 2º Para efeito da Lei nº 9.656, de 1998, e da Lei nº 9.961, de 2000, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde.

20. As alterações visaram a conferir o mesmo tratamento a plano e seguro saúde no que concerne ao custeio integral ou parcialmente às expensas da operadora da prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais.

21. Contudo, o inciso VIII, do art. 16 continuou prevendo os dois fatores de moderação, franquia e co-participação.

22. Diante disto, a interpretação do conceito de franquia deve observar que o custeio do procedimento deva ocorrer integral ou parcialmente às expensas da operadora, de forma que não é possível utilizar-se do mesmo conceito de franquia utilizado pela SUSEP.

23. Neste sentido, entende-se que a vedação estabelecida pela RCONSU nº 08/98 no inciso VII, do art 2º, está adequada à redação atual da Lei 9.656/98. Cita-se:

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; (grifo nosso)

24. Por fim, cumpre notar que, com a evolução da Lei 9656/98, os conceitos de franquia e co-participação, muito se assemelharam, considerando as restrições trazidas pelo próprio inciso I, do art. 1º. Inclusive, um dos pontos que chama a atenção concerne ao fato de que, na redação original do dispositivo, o contrato de seguro poderia prever além da franquia uma limitação de cobertura, hoje inadmitida (ver redação do inciso II do art. 2º da redação original, acima citada).

³ 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;



- III -

Conclusão

25. Pelo exposto, considerando a previsão do inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, entende-se que a definição do conceito de franquia pela ANS deve se atentar para a vedação legal de que a assistência (o procedimento) seja custeada integralmente pelo consumidor, além das demais restrições inerentes a qualquer fator de moderação (como, por exemplo, não ser capaz de restringir a utilização pelo beneficiário).

À consideração superior.

Rio de Janeiro, 17 de outubro de 2013.

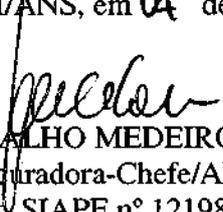

ADRIANA SUZANO DE CAMARGO CASTRO
Procuradora Federal
Matrícula SIAPE nº 1357369

De acordo.

Encaminhe-se a Srª. Procuradora-Chefe/ANS.
Gerência de Consultoria Normativa, *29 de outubro* de 2013.


MARIA CECÍLIA CORDEIRO DE OLIVEIRA
Procuradora Federal
Gerente de Consultoria Normativa
Matrícula nº 1357386

Aprovo. Encaminhe-se à DIPRO.
Procuradoria Federal/ANS, em *04* de *NOVEMBRO* de 2013.


LUCILA CARVALHO MEDEIROS DA ROCHA
Procuradora-Chefe/ANS
Matr SIAPE nº 1219801

Gerência/Diretoria: ASSNT/DIPRO
Protocolo nº 33902.095328/2014-03
Data: 06/02/2014 Hora: 16:17
Assinatura: 



Despacho nº 004/2014/ASSNT/DIPRO/ANS.

Rio de Janeiro, 06 de fevereiro de 2014.

Referência: PROCESSOS Nº 33902.527905/2012-60.

Assunto: Consulta jurídica à Procuradoria sobre interpretação do conceito de cobertura assistencial aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Sr^a. Gerente-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos,

Trata-se de processo administrativo de consulta à Procuradoria sobre interpretação do conceito de cobertura assistencial aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, conforme descrito na Nota nº 025/2012/ASSNT/DIPRO/ANS (fls. 02/06).

A Procuradoria-Geral Federal junto à ANS se manifestou por intermédio do Parecer nº 414/2013/GECOS/PROGE PF-ANS/PGF (fls. 23/26), cuja conclusão passamos a transcrever:

Conclusão

25. Pelo exposto, considerando a previsão do inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, entende-se que a definição do conceito de franquia pela ANS deve se atentar para a vedação legal de que a assistência (o procedimento) seja custeada integralmente pelo consumidor, além das demais restrições inerentes a qualquer fator de moderação (coi..o, por exemplo, não ser capaz de restringir a utilização pelo beneficiário).

Desta forma, tendo em vista as competências regimentais estabelecidas, em particular, nos incisos I e II, do art. 40, da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009 (Regimento Interno da ANS), opinamos pelo encaminhamento dos presentes autos para a Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEO P ciência e eventual manifestação no que se refere ao parecer anteriormente referenciado.


LUÍZ RICARDO TRINDADE BACELLAR
Especialista em Regulação / Direito
Matrícula SIAPE nº 2349794

De acordo. Encaminhe-se à Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP para ciência e eventual manifestação. Em 06 de fevereiro de 2014.

João Roberto
JOÃO ROBERTO CALDEIRA DE OLIVEIRA
Especialista em Regulação de Saúde Suplementar - CCT V
Assessoria Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

Especialista em Regulação de Saúde Suplementar
de Saúde Suplementar
Matrícula SIAPE 232947

AGGAS, por competência

Rafael
RAFAEL UMEDA VALLE
Gerente
Gerência de Estrutura, Monitoramento e Controle de Produtos
Mat. SIAPE nº 1085107

18_02_14

A GGEFP por competência

Rachelle
Rachelle Alberta Martins Santos
Especialista em Regulação
Mat. SIAPE nº 01618514

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIPRO/GGEFP**

Protocolo Nº. 33902._____/2013-____

Data Registro ____/____/2013_.

Hora Registro ____:____

Assinatura: _____



Nota n.º 1243 /2014/GGEFP/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 21 de maio

de 2014.

Assunto: Mecanismos de Regulação – Previsão dos Mecanismos Financeiros de Regulação na minuta de Normativo que substituirá a CONSU 08/98.

Senhora Gerente-Geral,

A presente Nota tem como objetivo resgatar os encaminhamentos definidos acerca dos Mecanismos Financeiro de Regulação na última reunião da Câmara Técnica de Mecanismos de Regulação, bem como dar prosseguimentos às ações pertinentes.

Inicialmente cumpre lembrar que o resultado pretendido com a regulamentação deste tema é assegurar que o beneficiário seja atendido de acordo com o contratado em seu plano de saúde e com a qualidade devida.

Os resultados esperados da melhoria na regulamentação são o efetivo cumprimento dos contratos de planos de saúde, crescimento da qualidade dos serviços de saúde prestados aos consumidores e a prestação de informações sobre a qualidade desses serviços à sociedade para estimular a competição no mercado, e fornecer ao consumidor dados que o orientem na hora de escolher um plano de saúde.

Em decorrência da Agenda Regulatória 2011/2012, foi estabelecido um grupo de estudos, com a participação de todas as gerências-gerais da DIPRO, coordenado pela GGEOP, cuja missão, além do estabelecimento das regras para os Mecanismos Assistenciais de Regulação, foi o levantamento preliminar das atualizações necessárias e consolidação das propostas de melhoria na minuta de normativo referente aos Mecanismos Financeiros.

Posteriormente foi aberta uma Câmara Técnica para discutir com o setor regulado sobre as deficiências encontradas e as propostas de melhoria, buscando em conjunto uma definição de otimização da regulação.

O objetivo final da citada Câmara Técnica seria a elaboração de uma minuta de Resolução Normativa com vistas a substituição da CONSU 08/98, versando sobre os Mecanismos de Regulação em todos os seus aspectos: Assistenciais, Administrativos e Econômico-Financeiros.

No decorrer das três primeiras reuniões da Câmara Técnica foram debatidos os problemas identificados na regulação e as propostas para solucioná-los da melhor e mais efetiva maneira encontrada, separadamente em cada um dos aspectos supracitados.

No que tange especificamente o aspecto econômico-financeiro, foram abordadas questões inerentes aos fatores moderadores (coparticipações e franquias), bem como

suas vedações e limitações necessárias. (Consolidação na Nota 043/2013/GGEFP/DIPRO/ANS - Em Anexo).

As propostas de conceito e limites, bem como os demais critérios necessários para viabilizar a regulamentação dos Mecanismos Financeiros de Regulação, conforme constante no Anexo 2 da Nota 043/2013/GGEFP, foram discutidos junto ao grupo técnico com vistas a serem expostos aos participantes da Câmara Técnica, juntamente com as propostas relativas aos aspectos Assistenciais e Administrativos, na próxima Reunião, agendada para 13/11/2012.

No entanto, em reunião solicitada pela Fenasaúde, e ocorrida em 24/10/2012, foi aberta uma nova discussão sobre o conceito de franquia. (Anexo IV da Nota 043/2013/GGEFP).

Tal linha de raciocínio fez com que o grupo, que representa a ANS, questionasse a integralidade de assistência, tal como previsto em lei.

Tendo em vista os questionamentos advindos desta reunião, principalmente no que tangia a integralidade da assistência, naquele momento, foi decidido que nenhum posicionamento seria tomado, sobre uma eventual adoção de novo conceito de franquia, sem antes uma consulta a PROGE sobre a viabilidade de qualquer nova implementação, finalizando a reunião com o acerto deste compromisso.

Considerando o exíguo tempo transcorrido entre a citada reunião com a Fenasaúde e a 4ª reunião da Câmara Técnica, agendada para 13/11/2012, não foi possível receber um pronunciamento da PROGE sobre a consulta em questão.

Isto posto, por decisão da Diretoria Colegiada, ficou acertado que toda a parte de Mecanismos Financeiros de Regulação seria apartada do iminente normativo a ser posto em consulta pública sobre a revisão da CONSU 08 e que caso a resposta da consulta à PROGE fosse positiva para a revisão do atual modelo de franquia, seria formado um grupo técnico composto de especialistas da ANS e entidades do setor de saúde, para estudar a viabilidade técnica e jurídica da implementação de produtos com "franquia" no atual conceito de seguro, sendo tal decisão comunicada aos participantes da Câmara Técnica na 4ª reunião.

Neste cenário, cabe registrar que em Fev/2014, através do Despacho nº 004/2014/ASSNT/DIPRO/ANS, esta GGEFP tomou conhecimento sobre o parecer nº 414/2013/GECOS/PROGE PF-ANS/PGF, cuja conclusão foi de que a definição do conceito de Franquia pela ANS dentro do tema Mecanismos de Regulação deve permanecer atentando para a vedação legal de que a assistência (o procedimento) seja custeada integralmente pelo consumidor, além das demais restrições já inerentes a qualquer fator moderador (como por exemplo a restrição do uso pelo beneficiário).

Isto posto, considerando o posicionamento da PROGE não favorável à revisão do atual conceito de franquia e considerando ainda que a minuta de normativo sobre a revisão da CONSU08/98, congregando apenas os Mecanismos de Regulação Assistenciais ainda não foi para consulta pública, entende-se não mais ser necessário que os "Mecanismos Financeiros de Regulação" fiquem apartados do citado normativo, impedindo por conseguinte a revogação completa da CONSU08/98.

Nesta esteira, interpeia-se à GGRAS, atual gerência com atribuição sobre a matéria, sobre a necessidade/possibilidade de uma reunião extraordinária da Câmara Técnica de Mecanismos de Regulação, para cientificar o mercado a respeito das definições acerca do tema "franquia", aproveitando para abordar quaisquer outros pontos que eventualmente possam ter relação com o tema Mecanismos de Regulação e por ventura não tenham sido abordados até o momento.

Não obstante, a rejeição do novo conceito de Franquia dentro do tema mecanismos de regulação, a proposta apresentada pela FENASAÚDE pode ser aproveitada para desenvolver o desenho de um novo tipo de produto, o qual prescinde de diversas análises e estudos prévios, tanto do impacto regulatório quanto de modelos já adotados em outros países. Segue em anexo a pontuação de alguns itens que merecem atenção.

Este novo projeto poderia ser agregado à próxima agenda regulatória, no Eixo sustentabilidade do setor (mecanismos de transferência de riscos) ou no Eixo de Incentivo à comercialização de planos individuais.

Sendo estas as considerações no âmbito de competência desta Gerência-Geral, proponho o encaminhamento do presente processo para ser anexado ao processo de revisão da Consu 08/98, solicitando ainda que a Minuta de Normativo que será colocada em consulta pública, comtemple os mecanismos de regulação financeiros, conforme o disposto na da Nota 043/2013/GGEFP e nos demais pronunciamentos desta Gerência já constantes no referido processo.

À consideração superior em 20/05/2014.



Patrícia Leão Vieira de Almeida Silva
Especialista em Regulação
Matrícula SIAPE: 155.99.57

De acordo em 21/05/14 . Encaminhe-se o presente processo à GGRAS para anexação ao processo de revisão da CONSU 08/98.



Rosana Vieira das Neves
Gerente-Geral Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos
Gerente-Geral

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	
DIPRO/GGEFP	
Protocolo Nº. 33902.	/2013-
Data Registro	/2013.
Hora Registro	
Assinatura:	



Nota n.º 43 /2013/GGEFP/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 26 de fevereiro de 2013.

Assunto: Mecanismos de Regulação – Mecanismos Financeiros

Senhora Gerente-Geral,

A presente Nota tem como objetivo documentar as ações e a participação da Gerência-Geral Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos na proposta de revisão da Resolução CONSU 08/98, reavaliando a utilização dos Mecanismos Financeiros de Regulação pelas Operadoras de Planos de Saúde.

1. FUNDAMENTAÇÃO:

- promover maior clareza da ação da ANS, sobretudo para a sociedade e os agentes regulados;
- promover previsibilidade dos mecanismos e normas utilizados na atuação regulatória, possibilitando o acompanhamento dos compromissos pré-estabelecidos e sua divulgação;

O resultado pretendido com a regulamentação deste eixo é assegurar que o beneficiário seja atendido de acordo com o que contratou em seu plano de saúde e com qualidade.

Para que este resultado fosse alcançado foi preciso pensar em diversas frentes de ação, tais como:

- estabelecer um limite de tempo entre a autorização para a realização de exames e tratamentos e sua efetiva realização; (resultado: RN 259/12)
- definir critérios para avaliar se um plano de saúde oferece profissionais, clínicas, laboratórios e hospitais em quantidade e qualidade adequadas e suficientes para atender aos consumidores;
- lançar e rever avaliações e regras estabelecidas para a atuação das operadoras de planos de saúde.

Os resultados esperados destas ações são o efetivo cumprimento dos contratos de planos de saúde, crescimento da qualidade dos serviços de saúde prestados aos consumidores e a prestação de informações sobre a qualidade desses serviços à sociedade para estimular a competição no mercado, e fornecer ao consumidor dados que o orientem na hora de escolher um plano de saúde.

2. HISTÓRICO

A iniciativa de se regulamentar os mecanismos financeiros de regulação surge em 2005, conforme os autos do processo administrativo nº 33902.140914/2005-11, onde consta estudo realizado com base nos dados do Sistema de Informações de Produtos - SIP (Nota Técnica nº 08/2005/GGTAP/GGEOP/GGEFP/DIPRO), contendo proposta de estabelecimento dos limites para franquia e coparticipação.

Após as considerações da Procuradoria Geral da ANS (Parecer nº 1080/2005/PROGE/GECOS - fls. 13 a 26 e Parecer nº 672/2006/PROGE/GECOS - fls. 33 a 38) a minuta de Resolução Normativa foi objeto da Consulta Pública nº 26/2006, nos termos constantes na fl. 43, ocorrida entre 31/10/2006 a 1/12/2006.

Em 24 de novembro 2009 o citado processo foi encaminhado, por meio do Despacho nº 784/2009/GGTAP/DIPRO/ANS, para avaliação desta GGEFP da minuta de Resolução Normativa em questão. Esta GGEFP se manifestou, em 13/04/2010, através do Despacho nº 176/2010/GGEFP/DIPRO/ANS, indicando a necessidade de avaliação das demais gerências-gerais da DIPRO.

Em decorrência da Agenda Regulatória 2011/2012, foi estabelecido um grupo de estudos, com a participação de todas as gerências-gerais da DIPRO, coordenado pela GGEOP, cuja missão, além do estabelecimento das regras para os Mecanismos Assistenciais de Regulação, foi o levantamento preliminar das atualizações necessárias e consolidação das propostas de melhoria na minuta de normativo referente aos Mecanismos Financeiros.

Posteriormente foi aberta uma Câmara Técnica para discutir com o setor regulado sobre as deficiências encontradas e as propostas de melhoria, buscando em conjunto uma definição de otimização da regulação.

O objetivo final da citada Câmara Técnica seria a elaboração de uma minuta de Resolução Normativa com vistas a substituição da CONSU 08/98, versando sobre os Mecanismos de Regulação em todos os seus aspectos: Assistenciais, Administrativos e Econômico-Financeiros.

No decorrer das três primeiras reuniões da Câmara Técnica foram debatidos os problemas identificados na regulação e as propostas para solucioná-los da melhor e mais efetiva maneira encontrada, separadamente em cada um dos aspectos supracitados.

No que tange especificamente o aspecto econômico-financeiro, foram abordadas questões inerentes aos fatores moderadores (coparticipações e franquias), bem como suas vedações e limitações necessárias.

3. MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO – QUESTÕES TÉCNICAS:

3.1 Regulamentação Atual

A Resolução CONSU nº 08/98, alterada pela Resolução CONSU nº 15/99, estabelece que as operadoras podem utilizar mecanismos de regulação financeira, assim entendidos, franquia e coparticipação, sem que isso implique em desvirtuamento da livre escolha do consumidor.



A definição de franquia e coparticipação consta na própria Resolução CONSU nº 08/98 e também na Resolução Normativa nº 100/2005, a saber:

Resolução CONSU nº 08/98:

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.

Resolução Normativa nº 100/2005:

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

A Resolução CONSU nº 08/98, ainda em se tratando da adoção de fator moderador, vedou, dentre outros pontos:

IV - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano; (...)

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.

No que diz respeito ao termo "fator restritor severo", a Diretoria Colegiada, por meio da Súmula Normativa nº 7/2005, entendeu que estes seriam mecanismos que estimulassem o não uso do plano, por parte dos beneficiários.

3.2 Propostas para o novo normativo:

Fundamentadas nas mesmas premissas que basearam o Despacho nº 176/2010/GGEFP/DIPRO/ANS, as discussões acerca dos mecanismos financeiros giraram principalmente em torno da definição de limites para implantação de fatores moderadores.

Inicialmente considerou-se manter a proposta dos mesmos limites já aventados na Nota Técnica nº 08/2005/GGTAP/GGEOP/GGEFP/DIPRO. No entanto no decorrer das discussões tornou-se cada vez mais clara a possibilidade de ampliar estes limites, permitindo-se uma maior flexibilização na oferta de produtos e nos preços dos mesmos, desde que garantida a transparência e o perfeito entendimento do que estaria sendo contratado pelo consumidor.



coletivo estipulado). Portanto, deve ser avaliado junto à DIOPE, quando da edição da RN, a necessidade de revisão dos impactos desta regra.

b) Limites para os fatores moderadores (coparticipação e franquia):

Apesar da proposta de exclusão do termo "Fator Restritor Severo", que causava muitas dúvidas, entende-se que o termo referia-se a qualquer mecanismo de regulação que pudesse inviabilizar a utilização do plano. Assim sendo, permanecia a necessidade de estipulação de limitadores visando delinear o limite entre a "regulação do mau uso" e a "inibição do uso".

Portanto, foram propostos novos percentuais limitadores, a seguir apresentados, diferenciados dos originais. Isso porque considerou-se que o estudo inicialmente elaborado não continha uma fundamentação técnica robusta.

Limitações propostas pela GGEFP ao Grupo:

- O fator moderador estabelecido contratualmente, seja em percentual ou em moeda corrente, não poderá ultrapassar o equivalente a 50% do valor de cada procedimento pago pela operadora ao prestador. Tal limitação deverá incidir em tabela de referência previamente e permanentemente divulgada pela operadora em seu **site**, observados os seguintes requisitos:

I - deverão constar da tabela o custo de cada procedimento ou grupo de procedimentos onde for possível a incidência de fator moderador;

II - os custos de cada procedimento ou grupo de procedimentos deverão refletir o menor valor pago pela operadora a seus prestadores, não sendo possível a ocorrência de mais de um valor para um mesmo procedimento;

III - a tabela de referência deve ser permanentemente atualizada, de acordo com o resultado das negociações entre a operadora e seus prestadores.

Fundamentação: A imposição da limitação foi baseada no conceito de que o beneficiário não pode arcar com a maior parte dos custos de sua assistência. Já a tabela de referência busca a transparência, bem como a real e prévia ciência dos beneficiários para com seus eminentes custos. A exigência de um valor único por procedimento ou grupo de procedimentos visa facilitar o entendimento do beneficiário, bem como evitar um possível "direcionamento por custo" confundindo-se com outro tipo de mecanismo de regulação.

- O estabelecimento do fator moderador fica ainda limitado ao valor correspondente a 50% da contraprestação pecuniária da última faixa etária do plano, na data da assinatura do contrato.

Fundamentação: Visa evitar que o beneficiário tenha que arcar com valores muitos elevados, decorrentes de procedimentos muito caros quando necessário ou ainda que o fator moderador venha a acarretar a não utilização do benefício contratado.

Considera-se ainda ser mais claro para o beneficiário verificar a adequação dos valores limites de fator moderador se comparados com o preço da mensalidade de seu plano, conforme estudos já documentados nos anexos ao Despacho nº 176/2010/GGEFP/DIPRO/ANS.

Optou-se por utilizar a última faixa etária como base para o cálculo, tendo em vista ser mais simples para um beneficiário de outra faixa calcular o valor limite aplicando os percentuais de reajuste por faixa etária previstos em seu contrato.

Ademais, cabe lembrar que de acordo com o disposto no inciso IV do Art. 2º da Resolução CONSU 08/98, é vedado o estabelecimento de mecanismos de regulação diferenciados em função de faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano.

Após contribuições recebidas na Câmara Técnica (Anexo II), optou-se por estender o percentual limitador para todos os procedimentos, de forma que não pudesse ser cobrado um valor de fator moderador maior do que para internação, uma vez que tal situação induziria à hospitalização.

- Será permitida a fixação de fator moderador, crescente ou não, no limite de 50% do valor contratualizado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internações, inclusive as psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato (conforme previsão da RN 262/2011).

Fundamentação: O percentual de 50% foi calculado a partir das informações das NTRPs (dados de custo e frequência de internações, excluídos os outliers pela metodologia Box-plot 1.0). Observou-se o custo anual por exposto de uma internação seria de R\$ 535,16. Sob o mesmo conceito de que "o beneficiário não pode arcar com a maior parte dos custos de sua assistência", calculou-se a metade deste valor (R\$ 267,58), que foi comparado com a contraprestação pecuniária média da última faixa etária (R\$ 549,05). A relação entre os dois valores foi de 49% que, por arredondamento, de forma a facilitar a compreensão, resultou no percentual de 50% estabelecido. (Anexo III).

- Nos planos com formação de preço pós-estabelecido, em casos de internação, o limitador deverá corresponder a 12% do valor médio de internação da operadora, devendo a apuração deste valor estar devidamente justificada em documento técnico, que poderá ser solicitado à qualquer momento para verificação.

Fundamentação: Considerando a ausência de valores pré determinados por faixa etária, impedindo a referência utilizada nos casos de planos em pré pagamento, foi estabelecida a correspondência de limite vinculado ao percentual do valor médio de internação da própria operadora.

Considerando a limitação de 50% dos custos, foi considerado metade do custo da internação per capita, resultando em 12% do valor médio de internação a ser estabelecido como limite para o fator moderador (Anexo III).



- Os limites estabelecidos propostos não se aplicam aos serviços complementares, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.

Fundamentação: Considerando que os itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, não são de oferta obrigatória, entende-se que a imposição de limitações poderia desestimular sua oferta por parte das operadoras. Desta forma optou-se por deixar a cargo dos envolvidos, a negociação de sua oferta e contratação, desde que as condições de utilização configurem claramente expressas em contrato e que não haja qualquer discriminação da suposta oferta entre os contratantes de um mesmo plano.

- A incidência dos fatores moderadores poderá ser escalonada, desde que o critério fique claramente estabelecido em contrato e observe os limites descritos no Normativo.

Fundamentação: Entende-se que o escalonamento pode tornar o produto mais atrativo, bem como facilitar o entendimento do beneficiário sobre a incidência dos fatores moderadores.

c) Vedações:

I - fator moderador que configure financiamento integral do procedimento;

Fundamentação: A imposição da limitação foi baseada no conceito de que o beneficiário não pode arcar com a maior parte dos custos de sua assistência. Estipulado o limite de 50%

II - pagamento de fator moderador diretamente ao prestador;

Fundamentação: Tal posicionamento teve como fundamentação a possibilidade de o pagamento imediato ao prestador poder inibir a efetiva realização do procedimento ou mesmo retardá-lo. Ademais, considerando que o contrato do beneficiário é com a operadora, os pagamentos devidos devem ser a ela direcionados.

III - exigência de fator moderador no ato da autorização do procedimento;

Fundamentação: O pagamento do fator moderador não deve ficar vinculado a simples autorização para o procedimento, tendo em vista que a autorização não é garantia da efetiva realização do procedimento.

IV - fator moderador em consultas prévias com médico generalista, quando imposta pela operadora na forma outro mecanismo de regulação.

Fundamentação: A vedação proposta é na consulta com médico generalista imposta pela operadora e não com o especialista que este vier a indicar. Entendemos que a consulta prévia com médico generalista, quando imposta pela operadora, já é um mecanismo de regulação e por este motivo, agregado ao fato de não ser opção do beneficiário, não pode ser alvo de cobrança de fator moderador. Quando o plano não previr esta

consulta imposta pela operadora, a cobrança de fator moderador poderá seguir seu curso normal, conforme previsão contratual.

Alternativamente pensou-se na opção inversa: vedar a cobrança de fator moderador nas consultas com especialista, quando indicadas por generalista, tendo em vista que o mecanismo de regulação visa coibir o mau uso e a realização de um procedimento que foi indicado (no caso consulta) não significa má utilização por parte do beneficiário. Assim ele pagaria Fator Moderador apenas na consulta com o generalista imposto pela operadora e não mais nos especialistas por aqueles indicados. Porém, tal mecanismo poderia induzir o generalista a controlar as indicações que seriam devidas.

V - fator moderador para os procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva;

Fundamentação: Entende-se que a realização de tais procedimentos é condicionada a necessidade e completamente alheia a vontade do beneficiário, por este motivo não deve ser alvo de fatores moderadores, tendo em vista que o foco deste mecanismo de regulação é justamente afastar o uso indiscriminado e por vezes desnecessário, mediante a participação do beneficiário nos custos que o mesmo produzir.

VI - indexação do valor de fator moderador por procedimento e/ou patologias em internações;

Fundamentação: Entende-se que ao permitir a indexação de fatores moderadores por procedimento ou patologia nos casos de internação, inviabilizaríamos o conhecimento prévio do custo máximo por internação.

VII - fator moderador diferenciado por prestadores, excepcionado a hipótese de total isenção da incidência do fator moderador;

Fundamentação: A exigência de um valor único por procedimento ou grupo de procedimentos visa facilitar o entendimento do beneficiário, bem como evitar um possível "direcionamento por custo/prestador" confundindo-se com outro tipo de mecanismo de regulação. Porém, o grupo entendeu que é possível a isenção do fator moderador em determinados prestadores.

VIII - fator moderador específico para órteses, próteses e medicamentos especiais (OPME), devendo restringir-se ao fator moderador do procedimento realizado; e

Fundamentação: Os fatores moderadores devem ser vinculados aos procedimentos. Em caso de utilização de OPME, o fator moderador incidente deve ser aquele do procedimento a ser realizado, não havendo vinculação com o material utilizado. Assim sendo, deverá ser observado o limite definido em contrato para este evento, seja decorrente de internação ou procedimentos ambulatoriais.



IX – fator moderador em procedimentos decorrentes de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças do qual o beneficiário participe.

Fundamentação: A premiação, bem como o não desembolso adicional nos programas de PROMOPREV já são previstos em normativo específico. O Normativo de Mecanismos de Regulação cuidará apenas de vedar a cobrança de fator moderador quando o procedimento a ser realizado for decorrente do programa, visando estimular o ingresso dos beneficiários no programa.

d) Reajustes:

- Para os planos individuais ou familiares, os valores relativos ao fator moderador não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao reajuste anual autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária, observadas ainda as demais limitações impostas no normativo.

Fundamentação: Seguindo a lógica do controle dos reajustes em planos individuais ou familiares, a atualização dos fatores moderadores deve seguir a mesma limitação.

- Para os planos coletivos é livre a negociação para alteração dos valores ou percentuais de fator moderador, observadas ainda as demais limitações impostas no normativo, e devendo ser comunicadas à ANS na forma prevista na Instrução Normativa nº 13 da DIPRO, de 2006.

Fundamentação: A maior flexibilização, permitida na atualização dos fatores moderadores nos planos coletivos, também segue a lógica da flexibilidade de negociação dos reajustes deste tipo de plano. O reajustamento nos fatores moderadores pode inclusive ser usado como mecanismo para permitir um reajuste menor nas mensalidades dos planos.

- Em quaisquer das hipóteses de reajuste, deve ser preservada a anualidade dos contratos.

Fundamentação: As regras de reajuste foram pensadas de forma a manter a particularidade hoje existente em cada tipo de contratação e ao mesmo tempo garantir que os fatores moderadores não sofram reajustes que desconfigurem o contrato ou que fujam as limitações impostas no normativo.

e) Demais regras:

- Nos casos em que couber reembolso de despesas que possuam previsão de fator moderador, poderá ser descontado o valor referente à participação do beneficiário, sendo vedado:

I - Reembolsar ao consumidor as despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha, com valor inferior ao praticado diretamente na rede assistencial da operadora.

Fundamentação: A despeito da resolução normativa não tratar de reembolso, uma vez que a Resolução CONSU nº 08 previa a regra acima disposta, optou-se por replica-la na proposta de normativo.

- Quando da inclusão de um novo procedimento no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS, deverá ser observado:

I - se o novo procedimento pertencer a um grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum fator moderador, o novo procedimento receberá o mesmo fator moderador de seu grupo.

II - se o novo procedimento não pertencer a nenhum grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum fator moderador ou se o plano estabelecer fatores moderadores individualmente para cada procedimento, caberá à operadora definir se haverá fator moderador para o novo procedimento e qual será este fator, observadas as regras dispostas na presente Resolução.

Fundamentação: Tal proposta visa dirimir eventuais dúvidas quanto a estipulação de fator moderador para novos procedimentos de cobertura obrigatória, definindo-se previamente uma regra para cada possibilidade de inclusão.

3.3 Proposta de alteração do Conceito de Franquia:

As propostas de conceito e limites, descritas no item 3.2 ("a" e "b"), bem como os demais critérios necessários para viabilizar a regulamentação dos Mecanismos Financeiros de Regulação, conforme constante no Anexo 2, foram discutidos junto ao grupo técnico com vistas a serem expostos aos participantes da Câmara Técnica, juntamente com as propostas relativas aos aspectos Assistenciais e Administrativos, na 4ª Reunião, agendada para 13/11/2012.

No entanto, em reunião solicitada pela Fenasaúde, e ocorrida em 24/10/2012, foi aberta uma nova discussão sobre o conceito de franquia. (Anexo IV).

O representante da Fenasaúde (Sr. Marco Antônio Antunes) iniciou sua apresentação referindo-se a nova Agenda Regulatória da ANS 2013-2014, a qual havia sido apresentada na Câmara de Saúde Suplementar, ocorrida em 16/10/12.

De acordo com o entendimento do Sr. Marco, o "EIXO 1" da Agenda Regulatória 2011/2012, intitulado "SUSTENTABILIDADE DO SETOR" apresenta em seu item 5 uma diretriz na qual a franquia no conceito hoje utilizado em seguros, se encaixaria perfeitamente, qual seja: "Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede e sobre a viabilidade de modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital).

Na apresentação, a franquia é descrita como uma coparticipação contratualmente acordada e fixada, do segurado para com o risco, e conseqüentemente para com o valor da indenização.

Foi traçado um paralelo com a franquia no caso de seguro de automóveis, na qual o segurado arca com os prejuízos até um determinado valor e daí em diante tudo que exceder fica por conta da seguradora.



No caso da saúde foi citado o exemplo de uma franquia de R\$ 1.000,00 para a cobertura de internação. Neste caso, em uma internação que totalizasse R\$ 6.000,00, o beneficiário arcaria com R\$ 1.000,00 e a operadora com os R\$ 5.000,00 restantes.

Analogamente, podemos inferir que se o mesmo procedimento custasse apenas R\$ 1.200,00 o beneficiário novamente arcaria com R\$ 1.000,00 e a operadora desta vez somente com R\$ 200,00. Ou ainda no pior dos cenários, em um procedimento de valor inferior ao estipulado como franquia, o beneficiário arcaria integralmente com o custo da assistência, sem qualquer responsabilidade da operadora.

Foi ainda aventada a possibilidade de dois tipos de franquia, qual sejam "simples" e "dedutível", a saber:

Franquia Simples - Pela cláusula de franquia simples, os gastos até determinado valor preestabelecido, seriam suportados, integralmente, pelo beneficiários. Porém, aqueles que excederem o limite contratual preestabelecido ficariam totalmente a cargo da Operadora.

Franquia Dedutível - É aquela cujo valor sempre é deduzido dos prejuízos. Esse tipo de franquia dedutível objetiva otimizar a situação preventiva do beneficiário, já que este participará obrigatoriamente em todos os procedimentos onde a mesma for prevista.

Tal linha de raciocínio fez com que o grupo, que representa a ANS, questionasse a integralidade de assistência, tal como previsto em lei.

Naquele momento, foi decidido que nenhum posicionamento seria tomado, sobre uma eventual adoção de novo conceito de franquia, sem antes uma consulta a PROGE sobre a viabilidade de qualquer nova implementação, finalizando a reunião com o acerto deste compromisso.

Considerando o exíguo tempo transcorrido entre a citada reunião com a Fenasaúde e a 4ª reunião da Câmara Técnica, agendada para 13/11/2012, não foi possível receber um pronunciamento da PROGE sobre a consulta em questão.

Isto posto, por decisão da Diretoria Colegiada, ficou acertado que toda a parte de Mecanismos Financeiros de Regulação seria apartada no iminente normativo a ser posto em consulta pública e que seria formado um grupo técnico composto de especialistas da ANS e entidades do setor de saúde, para estudar a viabilidade técnica e jurídica da implementação de produtos com "franquia" no atual conceito de seguro.

Por fim, tal decisão foi comunicada aos participantes da Câmara Técnica na 4ª reunião.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

No atual cenário, a formação do grupo técnico, depende da resposta da consulta realizada a PROGE. Caso seja sinalizado como viável a implantação da franquia nos conceitos de seguros, caberá ao grupo estudar as melhores formas de implementação desde mecanismo de regulação, através da delimitação de regras específicas para tal.

Sendo estas as considerações no âmbito de competência desta Gerência-Geral, proponho que cópia da presente nota seja anexada ao processo sobre revisão da CONSU 08/98 e que paralelamente, se necessário for, que a mesma nota seja utilizada como fundamentação da eventual constituição do grupo técnico para avaliação da franquia, caso a PROGE sinalize positivamente sobre a sua viabilidade.

À consideração superior em 08/02/2013.



Patrícia Leão Vieira de Almeida Silva
Especialista em Regulação
Matrícula SIAPE: 155.99.57

De acordo em 26/10/2013. Aguarde-se o retorno da consulta a PROGE sobre a viabilidade de instauração do grupo técnico.



Rosana Vieira das Neves
Gerente-Geral Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos



ANEXO I

Texto da Minuta de RN



CONCEITOS:

IV – Fator moderador: É a participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele realizado, estabelecida no contrato de plano privado de assistência à saúde, na forma de franquia ou coparticipação.

V – Franquia: fator moderador estabelecido em moeda corrente e pago à operadora de plano privado de assistência à saúde.

VI – Coparticipação: fator moderador estabelecido em formato de percentual e pago à operadora de plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo único. Nos planos coletivos, nos termos do art. 8º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, a responsabilidade do pagamento do fator moderador à operadora é da pessoa jurídica contratante, observadas as exceções dispostas no parágrafo único daquele mesmo artigo.

CAPÍTULO ?? DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

Seção I Dos Limites

Art. 1º O fator moderador estabelecido contratualmente não poderá ultrapassar o equivalente a 50% do valor de cada procedimento pago pela operadora ao prestador.

§ 1º Além do critério disposto no caput, o estabelecimento do fator moderador fica ainda limitado ao valor correspondente a 50% da contraprestação pecuniária da última faixa etária do plano, na data da assinatura do contrato.

§ 2º Nos planos com formação de preço pós-estabelecido o valor limitador de que trata o § 1º deverá corresponder a 12% do valor médio de internação da operadora.

§ 3º A apuração do valor médio de internação tratado no § 2º deverá estar devidamente justificado em documento técnico, que poderá ser solicitado à qualquer momento para verificação.

§ 4º Nos planos coletivos empresariais, para fins de verificação da contraprestação pecuniária da última faixa etária, deve-se considerar a tabela de custo por faixa etária de que trata o art. 15 da Resolução Normativa nº 279, de 2011.

§ 5º O fator moderador estabelecido contratualmente poderá ser atualizado nos termos do art. XX desta resolução normativa.

§ 6º O fator moderador disposto em contrato para internações hospitalares aplica-se para todas as especialidades médicas, inclusive para internações psiquiátricas.

§ 7º Para fins do disposto no parágrafo anterior, é permitida a fixação de fator moderador, crescente ou não, no limite de 50% do valor contratualizado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato.

Art. 2º Os limites estabelecidos no art. 1º não se aplicam aos serviços complementares, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.

Art. 3º O limite estabelecido no art 1º deverá incidir em tabela de referência previamente e permanentemente divulgada pela operadora em seu site, observados os seguintes requisitos:

I - deverão constar da tabela o custo de cada procedimento ou grupo de procedimentos onde for possível a incidência de fator moderador;

II - os custos de cada procedimento ou grupo de procedimentos deverão refletir o menor valor pago pela operadora a seus prestadores, não sendo possível a ocorrência de mais de um valor para um mesmo procedimento;

III - a tabela de referência deve ser permanentemente atualizada, de acordo com o resultado das negociações entre a operadora e seus prestadores.

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica às internações.

Art. 4º A incidência dos fatores moderadores poderá ser escalonada, desde que o critério fique claramente estabelecido em contrato e observe os limites descritos no art. 1º desta Resolução Normativa.

Seção II Das Vedações

Art. 5º Fica vedada a estipulação contratual das seguintes práticas:

I - fator moderador que configure financiamento integral do procedimento;

II - pagamento de fator moderador diretamente ao prestador;

III - exigência de fator moderador no ato da autorização do procedimento;

IV - fator moderador em plano que possua mecanismo de regulação assistencial descrito no art/inciso XXX (porta de entrada);

V - fator moderador para os procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva;

VI - indexação do valor de fator moderador por procedimento e/ou patologias em internações;



VII - fator moderador diferenciado por prestadores, excepcionado o disposto no art. 11º

VIII – fator moderador específico para órteses, próteses e medicamentos especiais (OPME), devendo restringir-se ao fator moderador do procedimento realizado; e

XI – fator moderador em procedimentos decorrentes de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças do qual o beneficiário participe.

Seção III Dos Reajustes

Art. 6º Para os planos individuais ou familiares, os valores relativos ao fator moderador não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao reajuste anual autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária, observadas ainda as limitações dispostas no art. 1º.

Art. 7º Para os planos coletivos é livre a negociação para alteração dos valores ou percentuais de fator moderador, observadas as limitações dispostas no art. 1º, devendo ser comunicadas à ANS na forma prevista na Instrução Normativa nº 13 da DIPRO, de 2006.

Art. 8º Em quaisquer das hipóteses de reajuste, deve ser preservada a anualidade dos contratos.

Seção IV Das Disposições Gerais

Art. 8º As operadoras de planos privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos financeiros de regulação, deverão:

I - informar clara e previamente ao beneficiário, no material publicitário, instrumento jurídico e no meio de divulgação de serviços do plano, os fatores moderadores e todas as suas condições, sob pena de inviabilizar a sua aplicação; e

II – fornecer ao beneficiário o CPF ou CNPJ, o nome ou a razão social do prestador, a data da realização do evento, o valor pago ao prestador e o valor da participação financeira, ao cobrar fator moderador de cada serviço realizado na rede credenciada e/ou referenciada;

Art. 9º Nos casos em que couber reembolso de despesa que possua previsão de fator moderador, poderá ser descontado o valor referente à participação do beneficiário, sendo vedado:

I - Reembolsar ao consumidor as despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha, com valor inferior ao praticado diretamente na rede assistencial da operadora.

Art. 10 Quando da inclusão de um novo procedimento no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS, deverá ser observado:

I - se o novo procedimento pertencer a um grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum fator moderador, o novo procedimento receberá o mesmo fator moderador de seu grupo.

II - se o novo procedimento não pertencer a nenhum grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum fator moderador ou se o plano estabelecer fatores moderadores individualmente para cada procedimento, caberá à operadora definir se haverá fator moderador para o novo procedimento e qual será este fator, observadas as regras dispostas na presente Resolução.

Art. 11 Será permitida a isenção da cobrança de fator moderador, desde que o critério esteja claramente disposto no contrato.



ANEXO II

Contribuições da CT



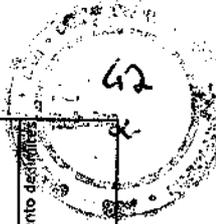
CONTRIBUIÇÕES – CÂMARA TÉCNICA

ITEM	Total
Estabelecimento de limites	12
Diferenciação por prestador	5
Escalonamento da coparticipação	5
Fator restritor	4
Financiamento Integral	4
Consulta Especialista	3
Pagamento na autorização	3
Pós-pagamento	3
Vedação ao pagamento ao prestador	3
Vedar ou não coparticipação	3
Doenças crônica	2
Franquia - valor; Copart - percentual	2
Franquia no conceito de seguro	2
Gestante	2
Internação psiquiátrica	2
Reajuste	2
Tabela de referência	2
Informação no boleto	1
Livre negociação	1
Novos procedimentos no rol	1
OPME	1
Promoção e prevenção	1
Registro de produto	1
Retroação da norma	1
Tratamentos contínuos	1
Urgência e emergência	1
Total Global	68

Entidades representativa	Subtítulo	Contribuições	Justificativa para a contribuição	Acatada / Parcialmente / Não Acatada	Motivação	ITEM
ABRAMGE - SINAMGE - SINOQ	Financiamento integral do procedimento pelo beneficiário	A vedação de não poder haver financiamento integral do procedimento pelo beneficiário deverá ser restrita aos atendimentos vinculados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, de forma que pudesse haver o pagamento integral em procedimentos adicionais. / Considerar que os serviços e coberturas adicionais possam ser cobrados integralmente do beneficiário ou em montante superior ao que vier a ser definido como fator resstitor.	A proposta apresentada possui analogia ao sistema misto de pagamento permitido nos planos odontológicos, bem como possui respaldo pelas disposições contidas na RN nº 40/03 (art. 1º, parágrafo único), que permite o sistema de desconto no oferecimento de serviços complementares aqueles previstos no Rol. / Permitir que o beneficiário continue tendo a assistência prestada pelo valor do convênio após os limites definidos no rol (exemplo de tratamentos senados de nutrição, psicologia e terapia ocupacional), ao invés de ter de negociar com o prestador e medida vantajosa ao beneficiário.	Não acatada	Proposta se assemelha ao sistema de "Cartão de Desconto" / O novo normativo não irá implicar na alteração das regras dispostas na RN nº 40. / Possibilitar para as exceções do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998. / Discutir com Carla e Maurício. De acordo com interpretação mais minuciosa da RN 40 infere-se que a mesma permite sistema de desconto para os procedimentos oferecidos "Extra-Rol", nesta linha poderíamos permitir coparticipação de até 100% nos procedimentos oferecidos "Extra-Rol", por outro lado, caso não fosse desejado seja o de manter as mesmas limitações impostas aos procedimentos do Rol, deveríamos fundamentar por que as duas resoluções tomam direções contrárias. No que tange os procedimentos do Rol, apesar da RN 40 não dispor sobre limitação de pagamento, muito menos sobre coparticipação ou franquia, vedando apenas o pagamento de valores diferenciados de procedimentos diretamente ao prestador, a sua interpretação em conjunto com a Consu 8 e o conceito de "Fator Resstitor Severo" apontam para a necessidade da definição de um limitador para o Fator Moderador, de forma a achar o equilíbrio entre	Financiamento Integral
UNIDAS	Fator moderador - definição	Proposta de que a regulação a ser elaborada não vincule se o pagamento ao prestador de serviços, do valor da franquia ou coparticipação, será feito pela operadora ou pelo beneficiário.		Não acatada	Não será permitido ao pagamento ao prestador, pois o pagamento imediato pode inibir a consulta ou retarda-la. Ademais o contrato do beneficiário é com a operadora	Vedação ao pagamento ao prestador
UNIMED DO BRASIL	Fator moderador - definição	A proposta para o beneficiário pagar a coparticipação diretamente ao prestador de serviços, operacionalmente, é de difícil adoção, já que o prestador de serviço deverá ter conhecimento do valor da coparticipação e de seus limites máximos de cobrança de todos os produtos.		Acatada	Não será permitido ao pagamento ao prestador, pois o pagamento imediato pode inibir a consulta ou retarda-la. Ademais o contrato do beneficiário é com a operadora	Vedação ao pagamento ao prestador
SINOQ	Fator moderador - definição	Sugere-se que a definição de co-participação, para os planos odontológicos, seja: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, no ato da autorização ou após a realização do procedimento.	Justifica-se essa sugestão e preocupação, no fato de que os tratamentos odontológicos terem prazos mais longos dos que os tratamentos médicos, causando, durante tratamentos maior rotatividade dos beneficiários em razão de cancelamentos de planos, dispensa de empregados, entre outros.	Não acatada	O pagamento de co-participação não deve ficar vinculado à simples autorização de realização do procedimento, tendo em vista que a autorização não é garantia da efetiva realização do procedimento.	Pagamento na autorização
FENASAÚDE	Fator moderador - definição	Coparticipação - É a parte efetivamente paga pelo beneficiário à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde ou ao prestador de serviços, após a realização de procedimento.		Não acatada	Não será permitido ao pagamento ao prestador, pois o pagamento imediato pode inibir a consulta ou retarda-la. Ademais o contrato do beneficiário é com a operadora	Vedação ao pagamento ao prestador
FENASAÚDE	Fator moderador - definição	Franquia - É a modalidade de mecanismo de regulação financeira na qual o beneficiário custeia a assistência contratada até o valor estabelecido em contrato. Nesta modalidade, há exclusão da responsabilidade da operadora até o limite deste valor. A partir deste montante, a responsabilidade pelo pagamento passa a ser da operadora.	A franquia visa a proteção do consumidor diante da eventualidade de ocorrência do grande risco como interações. Dependendo do valor da franquia, pode levar à redução da mensalidade. A franquia é paga diretamente à rede. A franquia poderá ser exercida de forma complementar a produto que contenha componente de capitalização nos termos da regulamentação vigente. Outro benefício da possibilidade de franquia é tornar o consumidor mais responsável na escolha de procedimentos e prestadores de seu interesse.	Não acatada	Nos termos da Lei 9.656/98, não pode haver isenção da responsabilidade da operadora, principalmente em decorrência do conceito de integralidade da assistência (rol) dentro da segmentação. Por este motivo deve-se manter a vedação ao financiamento integral do procedimento.	Franquia no conceito de seguro
UNIDAS	Fator moderador - moeda corrente ou percentual	Fator moderador em moeda corrente (franquia) e fator moderador em percentual (coparticipação).		Acatada	Uma vez que ambas deverão ser pagas à operadora, poderá ser adotado o conceito de que a franquia será em valor e a coparticipação em percentual.	Franquia - valor; Copart - percentual
UNIDAS / FENASAÚDE	Fator moderador - moeda corrente ou percentual	Quanto aos prós e contras apresentados pela ANS para a adoção da "moeda corrente" ou do "percentual", devem ser consideradas as duas formas de cobrança. Sejam colocados à escolha e opção dos atores envolvidos, devendo restar claro para o beneficiário, seja em contrato, no manual do beneficiário ou em outro material entregue ao contratante.		Acatada	Ambos os fatores moderadores podem ser em moeda corrente ou em percentual, desde que claramente estabelecidos no contrato.	Franquia - valor; Copart - percentual



Entidades representativas	Subtítulo	Contribuições	Justificativa para a contribuição	Acatada / Parcialmente / Não Acatada	Motivação	ITEM
ABRAMIGE - SINAMGE - SINGO	Fator moderador - limites	Propõe-se a inexistência de percentual limitador da coparticipação, sendo permitido qualquer percentual que não represente o custo total do procedimento, somente sendo permitido o pagamento integral dos serviços não vinculados ao Rol.		Não acatada	Nenhum pagamento integral deverá ser permitido, pois foge ao objeto da norma e se assemelha a cartão de desconto (Proibido) / O percentual limitador da coparticipação é necessário para delimitar o limite entre "regulação do mau uso" e "inibição do uso" sendo obrigação da ANS cuidar para que tais casos não ocorram.	Financiamento Integral
UNIDAS	Fator moderador - limites	Proposta de deixar que os atores diretamente envolvidos (operadoras, contratantes, beneficiários), definam o que mais atende às suas necessidades. Isso porque um plano com coparticipação em internação certamente repercutirá em mensalidades mais baixas, favorecendo os beneficiários.		Acatada	A coparticipação em internação já é permitida e a negociação entre as partes também, desde que atenda às regras do novo normativo.	Libre negociação
UNIMED DO BRASIL	Fator moderador - limites	Estabelecer que a coparticipação fique limitada a um determinado valor por procedimento realizado.		Acatada	A intenção é de se estabelecer um limite em valor, correspondente a 40% da mensalidade da última faixa etária, para todos os procedimentos, assim como já proposto nos casos de internação.	Estabelecimento de limites
FENASAUDE / UNIMED DO BRASIL	Fator moderador - limites	Os percentuais propostos (20 e 30%) não representam ao beneficiário qualquer tipo de garantia de que o fator moderador será financeiramente acessível. Necessidade de estudos quantitativos demonstrando que estes percentuais são aqueles que delimitam o corte entre o acesso e a barreira ao uso.	A experiência das operadoras associadas mostra uma baixa sensibilidade do beneficiário ao percentual de coparticipação diferentemente, possivelmente, dos estudos elaborados no cenário americano. Isto significa dizer que baixos percentuais de coparticipação dificilmente moderam o apetite por consumo, ou seja, tem baixa eficiência como mecanismo de incentivo econômico. / Na Consulta Pública nº 24 a proposta da ANS era limitar a coparticipação em 30% nos procedimentos ambulatoriais. Confiar-se já argumentado naquela oportunidade (Unimed do Brasil), este percentual não representa ao beneficiário qualquer tipo de garantia que o fator moderador será financeiramente acessível, ao contrário, dependendo do procedimento e/ou atendimento realizado, o valor do fator moderador poderá ser significativo, mesmo estando limitado ao valor de uma contraprestação mensal, como era aquela proposta.	Parcialmente Acatada	O percentual limitador da coparticipação é necessário para delimitar o limite entre "regulação do mau uso" e "inibição do uso" sendo. Os percentuais propostos decorrem da Consulta Pública ocorrida em 2007. Será estabelecido o limite em valor, correspondente a 40% da mensalidade da última faixa etária, para todos os procedimentos.	Estabelecimento de limites
SINGO	Fator moderador - limites	As operadoras exclusivamente odontológicas é permitido o sistema misto de pagamento, no qual diversos procedimentos podem ser cobrados integralmente dos beneficiários, de forma que o limite pretendido não é razoável com as práticas em vigor, que permitem, inclusive o pagamento integral, de forma que não justifica vedar um percentual superior a 30%.		Não Acatada	A regulação em discussão refere-se à coparticipação e franquia, não irá haver alteração nos conceitos relativos aos planos em pós-pagamento ou misto.	Pós-pagamento
SINGO	Fator moderador - limites	Levando em consideração que os produtos de assistência odontológica contemplam cobranças pelos sistemas de pré e de pós pagamento, como também, o sistema misto, sugere-se que haja a permissão de fator moderador de coparticipação de até 100% (cem por cento) nos procedimentos cobertos, bem como para os procedimentos não elencados no rol mínimo obrigatório instituído pela ANS, como nos casos de ortodontia, implantodontia, entre outros, onde a oferta destas coberturas adicionais são frequentes nos produtos comercializados e são valorizadas pelo beneficiário, mesmo com coparticipação mais elevada, pelo alto custo dos referidos procedimentos quando realizados em consultórios particulares.		Não Acatada	Nenhum pagamento integral deverá ser permitido, pois foge ao objeto da norma e se assemelha a cartão de desconto (Proibido) / O percentual limitador da coparticipação é necessário para delimitar o limite entre "regulação do mau uso" e "inibição do uso" sendo obrigação da ANS cuidar para que o segundo caso nunca ocorra.	Financiamento Integral
SINGO / UNIDAS	Fator moderador - limites	As alterações deveriam ser impostas apenas aos contratos celebrados após a vigência da regulação, não sendo obrigatórias aos contratos existentes anteriores à lei.		Acatada	A norma não deve retroagir aos contratos já firmados.	Retroação da norma



Entidades representativas	Subsistema	Contribuições	Justificativa para a contribuição	Acatada / Parcialmente / Não Acatada	Motivação	ITEM
ABRANGE - SINAMGE / SINOG / UNIMED DO BRASIL	Fator moderador - limites	Pode-se permitir o financiamento integral de um ou outro procedimento do grupo, desde que na sua totalidade seja inferior ao limite permitido pela ANS.		Não Acatada	Nos termos da Lei 9.656/98, não pode haver isenção da responsabilidade da operadora, principalmente em decorrência do conceito de integralidade da assistência (roi), dentro da segmentação. Por este motivo deve-se manter a vedação ao financiamento integral do procedimento. / O percentual limitador da coparticipação é necessário para delimitar o limite entre "regulação do mau uso" e "inibição do uso".	Estabelecimento de limites
FENASAUDE	Fator moderador - limites	O limite deverá observar o valor do procedimento mais barato daquele grupo - A vinculação ao procedimento mais barato não traz o efeito financeiro esperado pelos beneficiários quando optam por plano com fator moderador. Não há definição de grupo de procedimentos. Operacionalmente não é viável o estabelecimento de limite financeiro por grupo. A resolução deverá prever o desconto do valor referente ao fator moderador quando evento pago por reembolso.		Parcialmente Acatada	O estabelecimento de fator moderador por grupo de procedimentos é uma facilidade e não uma obrigatoriedade. Se a Operadora desejar pode estabelecer o fator moderador para cada procedimento individualmente, desde que deixe claro no contrato para o beneficiário. No caso de fator moderador por grupo de procedimentos, a definição de cada grupo é de livre escolha da operadora, podendo esta ainda definir fatores diferentes para cada grupo ou um ou mais grupos isentos do fator moderador. A resolução deve estabelecer que nos planos coparticipativos que prevejam reembolso, no caso de utilização fora da rede credenciada com posterior solicitação de reembolso, o valor ou percentual do fator moderador definido em contrato, poderá ser descontado do efetivo valor a ser reembolsado.	Estabelecimento de limites
ABRANGE - SINAMGE - SINOG	Fator moderador - limites	Possibilidade de criar uma coparticipação que analise o conjunto de procedimentos solicitados e não o valor individualizado.	É comum a adoção de mecanismos de regulação financeira em valor. No entanto, há procedimentos que possuem custo muito pequeno e que, se analisado individualmente, será considerado financiamento integral, porém, ao avaliar todos os procedimentos realizados, não chega a ser considerado fator restritor severo. Exemplo: Previsão contratual: coparticipação de R\$3,00 nos exames laboratoriais, limitado a 30% do valor total dos exames. Valor dos exames X Exame A: R\$2,00; Exame B: 20,00. Coparticipação a ser cobrada do beneficiário quando da realização dos exames A e B conjuntamente: R\$6,00.	Não Acatada	O estabelecimento de fator moderador por grupo de procedimentos é uma facilidade e não uma obrigatoriedade. Se a Operadora desejar pode estabelecer o fator moderador para cada procedimento individualmente, desde que deixe claro no contrato para o beneficiário. No caso de fator moderador por grupo de procedimentos, a definição de cada grupo é de livre escolha da operadora, podendo esta ainda definir fatores diferentes para cada grupo ou um ou mais grupos isentos do fator moderador. Caso opte pela definição de grupos de procedimentos, cabe a operadora atentar para a definição de cada grupo de forma a evitar o financiamento integral de qualquer procedimento incluído neste grupo. Nos termos da Lei 9.656/98, não pode haver isenção da responsabilidade da operadora, principalmente em decorrência do conceito de integralidade da assistência (roi), dentro da segmentação. Por este motivo deve-se manter a vedação ao financiamento integral do procedimento. / O percentual limitador da coparticipação é necessário para delimitar o limite entre "regulação do mau uso" e "inibição do uso".	Estabelecimento de limites
ABRANGE - SINAMGE - SINOG	Fator moderador - limites	Nos casos de contratos coletivos em preço pós-estabelecido, o empregador ficará limitado ao ter de observar os limites nos descontos de seus empregados.		Não Acatada	Os limites de fator moderador em plano pós-pagamento devem seguir os mesmos critérios dispostos no normativo. O percentual limitador da coparticipação é necessário para delimitar o limite entre "regulação do mau uso" e "inibição do uso" sendo obrigação da ANS cuidar para que o segundo caso não ocorra.	Pós-pagamento
UNIMED DO BRASIL	Fator moderador - limites	Definir limite máximo de participação do beneficiário no custo assistencial quando se tratar de plano com preço pós-estabelecido na modalidade custo operacional. A Súmula nº 9 não define o limite máximo.		Não Acatada	Os limites de fator moderador em plano pós-pagamento devem seguir os mesmos critérios dispostos no normativo. O percentual limitador da coparticipação é necessário para delimitar o limite entre "regulação do mau uso" e "inibição do uso" sendo obrigação da ANS cuidar para que o segundo caso não ocorra.	Pós-pagamento
UNIMED DO BRASIL	Fator moderador - intermediação	Estabelecer que não haja participação do beneficiário em caso de intermediação.		Não Acatada	A Norma irá prever a possibilidade de estipular fator moderador em intermediação de modo a regular o "mau uso" (ex. intermediações desnecessárias apenas para realização de exames). No entanto a operadora é livre para adotá-lo ou não.	Vedar ou não coparticipação
ABRANGE - SINAMGE - SINOG	Fator moderador - intermediação	O fator moderador financeiro deve desestimular a intermediação desnecessária pelo que não deveria ter um valor inferior ao que o beneficiário terá de arcar em determinados procedimentos ambulatoriais.		Acatada	A intenção é de se estabelecer um limite em valor, correspondente a 40% da mensalidade da última faixa etária, para todos os procedimentos, assim como já proposto nos casos de intermediação.	Estabelecimento de limites

Entidades representativas	Subtema	Contribuições	Justificativa para a contribuição	Acatada / Parcialmente / Não Acatada	Motivação	ITEM
UNIMED DO BRASIL	Fator moderador - Internação	Deve ficar claro que o limite de 40% deve ser calculado sobre o valor da tabela de custo do plano, não considerando desta forma, o critério de preço único ou subsídio do empregador. Alterar o limite da coparticipação nas internações em até 100% do valor da última faixa etária, valor da tabela de custo.		Parcialmente Acatada	Nos planos coletivos empresariais o limite deve observar a tabela de custo por faixa etária. A limitação de 40% do valor da última faixa etária decorreu de estudo realizado pela ANS, onde foi verificado que tal valor se assemelharia a 10% do custo da internação. O percentual limitador da coparticipação é necessário para delinear o limite entre "regulação do mau uso" e "inibição do uso".	Estabelecimento de limites
UNIMED DO BRASIL	Fator moderador - internação	Para os contratos Custo Operacional seja permitido aplicar o fator moderador em internação em valor monetário, para cada internação, com limite máximo de até 30% do valor médio das internações (podendo separar acomodação individual de coletiva).	Desta forma, o beneficiário fica protegido em caso de internações prolongadas.		A limitação de 40% do valor da última faixa etária decorreu de estudo realizado pela ANS, onde foi verificado que tal valor se assemelharia a 10% do custo da internação. Os Limites de fator moderador em plano pós-pagamento devem seguir os mesmos critérios dispostos no normativo. O percentual limitador da coparticipação é necessário para delinear o limite entre "regulação do mau uso" e "inibição do uso".	Estabelecimento de limites
FENASAÚDE	Fator moderador - internação	Supere-se que o mecanismo de coparticipação possa, inclusive, ser estendido para o pagamento de órteses, próteses e materiais especiais.		Não Acatada	As coparticipações devem ser vinculadas aos procedimentos. Em caso de utilização de OPME, a coparticipação deve estar vinculada ao procedimento e não ao material. Assim sendo, deve ser observado o limite definido em contrato para este evento, seja decorrente de internação ou procedimentos ambulatoriais.	OPME
ABRANGE - SINAMGE - SINOQ	Fator moderador - Internação	Quanto ao fator moderador para internações, sugerimos que seja permitida a utilização de fator moderador por diária, de forma que fique menos onerosa para as pequenas internações. Por esse mesmo motivo, sugerimos que o fator moderador financeiro possa ser variável conforme o tempo ou o custo da internação, desde que respeite um limite máximo, como por exemplo, o valor da contraprestação pecuniária do plano. Exemplos: (a) Fator moderador progressivo - Coparticipação de R\$100,00 nas internações de até R\$1.000,00; coparticipação de R\$200,00 nas internações acima de R\$1.000,00 e até R\$2.000,00; coparticipação de R\$300,00 nas internações acima de R\$2.000,00. (b) Fator moderador por diária - Coparticipação de R\$150,00 por dia de internação, limitado a R\$1.500,00.	A intenção do legislador ao vedar o fator moderador indexado por procedimentos e/ou patologias na internação tem o propósito de garantir que o beneficiário não seja surpreendido por valor de contribuição exorbitante e desconhecido. Portanto, deve ser permitido, dentro de um critério razoável, mecanismos de regulação financeiro na internação que não se vincule unicamente a um valor, podendo ser variável em razão do tempo ou do custo da internação.	Acatada	O escalonamento será permitido, desde que o valor ou percentual máximo cobrado esteja de acordo com os limites impostos no normativo e que não haja financiamento integral do procedimento. O escalonamento será permitido, desde que o valor ou percentual máximo cobrado esteja de acordo com os limites impostos no normativo e que não haja financiamento integral do procedimento.	Escalonamento da coparticipação
PROTESTE	Fator moderador - Internação	Contra a cobrança de coparticipação por número de diárias da internação.		Não Acatada	O escalonamento será permitido, desde que o valor ou percentual máximo cobrado esteja de acordo com os limites impostos no normativo e que não haja financiamento integral do procedimento.	Escalonamento da coparticipação
FENASAÚDE	Fator moderador - internação	A limitação atrelada a 40% da contraprestação da última faixa não confere incentivo financeiro. Por exemplo, um plano em que a última faixa custe R\$ 623 o valor de referência máximo será R\$ 249,23. Considerando a frequência de internação de 2,5% e o peso de internação de 50%, o impacto financeiro na mensalidade será de R\$ 3,11, pouco atrativo.		Não Acatada	A limitação de 40% do valor da última faixa etária decorreu de estudo realizado pela ANS, onde foi verificado que tal valor se assemelharia a 10% do custo da internação. Os Limites de fator moderador em plano pós-pagamento devem seguir os mesmos critérios dispostos no normativo. O percentual limitador da coparticipação é necessário para delinear o limite entre "regulação do mau uso" e "inibição do uso".	Estabelecimento de limites
ABRANGE - SINAMGE - SINOQ	Fator moderador - Internação psiquiátrica	Quanto à internação psiquiátrica, recomenda-se que a norma sobre mecanismos de regulação reitere o previsto na RN nº 211/10 para que todas as regras sobre mecanismos de regulação estejam contempladas em um único normativo.	É importante o mecanismo de regulação em psiquiatria previsto na legislação para que não haja um abandono do paciente pela família e para que seja uma forma de incentivar as políticas públicas existentes de inserção social do paciente.	Acatada	As regras para internação psiquiátrica serão mantidas.	Internação psiquiátrica
FENASAÚDE	Fator moderador - internação psiquiátrica	A sugestão neste caso é possibilitar a cobrança de fator moderador para psiquiatria além de para as demais coberturas não esteja prevista.		Não Acatada	É a própria operadora quem define em quais procedimentos serão cobrados os fatores moderadores, observadas as regras da RN 211. Apenas em planos com fator moderador poderá haver a cobrança de fator moderador em internações psiquiátricas imediatamente. Nos planos que não prevejam fator moderador, só poderá haver a previsão a partir do 30º dia.	Internação psiquiátrica



Entidades representativa	Subtema	Contribuições	Justificativa para a contribuição	Acatada / Parcialmente / Não Acatada	Motivação	ITEM
ABRAMGE - SINAMGE - SINOG / UNIMED DO BRASIL / FENASAÚDE	Fator moderador - urgência e emergência	Quanto à discussão sobre a cobrança de fator moderador financeiro nos atendimentos de urgência e emergência, não deve ocorrer essa proibição.	A não cobrança de fator moderador nos atendimentos realizados em regime de urgência/emergência tende a induzir o beneficiário ao uso excessivo dos prontos atendimentos para consultas e outros atendimentos que poderiam ser eletivos. / A caracterização de urgência e emergência não está normalizada, ficando a cargo do médico.	Acatada	Tal isenção poderia de certa forma estimular o uso em demasia de prontos atendimentos.	Urgência e emergência
ABRAMGE - SINAMGE - SINOG	Fator moderador - vedações	Com relação à vedação de fator moderador nas participações de programa de promoção da saúde e prevenção de doenças, sugerimos seja previsto que o beneficiário não terá nenhum desembolso adicional pela participação nesses programas, o que não exime a premiação pela participação nesses programas.		Não Acatada	Não desembolso adicional e premiação nos programas de PROMO PREY devem estar previstos em normativo específico. O Normativo de Mecanismos de Regulação cuidará apenas de vedar a cobrança de fator moderador quando o procedimento a ser realizado for decorrente do programa.	Promoção e prevenção
ABRAMGE - SINAMGE - SINOG	Fator moderador - vedações	A isenção de fator moderador no acompanhamento de doenças crônicas somente deve existir como premiação em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, como um incentivo à participação nos programas.		Acatada	A isenção total de fator moderador relacionado às doenças crônicas seria inviável, uma vez que não é possível relacionar inequivocamente os procedimentos à doença. Tal vedação se restringirá aos programas de PROMO PREY	Doenças crônica
UNIMED DO BRASIL / FENASAÚDE	Fator moderador - vedações	Deve-se esclarecer os procedimentos relacionados ao acompanhamento de doenças crônicas.		Acatada	A isenção total de fator moderador relacionado às doenças crônicas seria inviável, uma vez que não é possível relacionar inequivocamente os procedimentos à doença. Tal vedação se restringirá aos programas de PROMO PREY.	Doenças crônica
ABRAMGE - SINAMGE - SINOG	Fator moderador - vedações	A vedação de utilização de fator moderador financeiro durante a gestação e puericultura, além de maior o custo desses planos, é de difícil acompanhamento pela operadora, pois é frequente a beneficiária estar grávida e sequer ter conhecimento desse fato; assim, poderá ter tido diversos atendimentos durante a gestação e a operadora ou o prestador ter lido cobrado o fator moderador financeiro por desconhecimento da situação.		Acatada parcialmente	A vedação proposta nos casos de gestação e puericultura também se restringirá ao âmbito dos programas de PROMO PREY.	Gestante
UNIMED DO BRASIL	Fator moderador - vedações	A não aplicação de coparticipação em todo o período da gestação mais o período de puericultura (juntos podem se estender por mais de 12 meses) acarretará a necessidade de aumento nas mensalidades para a modalidade de planos participativos. Além disso, deve-se ressaltar que o controle e identificação destes atendimentos, considerando que a IN DIDES 40/10 da ANS vede a exigência do CID na guia de atendimento, é inviável.		Acatada parcialmente	A vedação proposta nos casos de gestação e puericultura também se restringirá ao âmbito dos programas de PROMO PREY.	Gestante
SINOG	Fator moderador - vedações	Vedar a cobrança de coparticipação no encaminhamento ao especialista não é uma prática adequada ao modelo de assistência odontológica.		Não Acatada	A vedação proposta é na consulta com médico generalista imposta pela operadora e não com o especialista que este vier a indicar. Entendemos que a consulta prévia com médico generalista, quando imposta pela operadora, já é um mecanismo de regulação e por estemotivo, agregado ao fato que não ser opção do beneficiário, não pode ser alvo de cobrança de fator moderador. Quando o plano não prever esta consulta imposta pela operadora, a cobrança de fator moderador poderá seguir seu curso normal, conforme previsão contratual.	Consulta Especialista
SINOG	Fator moderador - vedações	Deve a regra deixar claro que apenas quando a própria operadora efetuar o direcionamento ou o encaminhamento é que não será cobrado o fator moderador financeiro na consulta, sendo permitida a cobrança tanto nos procedimentos quanto nos encaminhamentos efetuados diretamente pelos cirurgiões dentistas, sem qualquer interferência da operadora.		Acatada	A vedação proposta é na consulta com médico generalista imposta pela operadora e não com o especialista que este vier a indicar. Entendemos que a consulta prévia com médico generalista, quando imposta pela operadora, já é um mecanismo de regulação e por estemotivo, agregado ao fato que não ser opção do beneficiário, não pode ser alvo de cobrança de fator moderador. Quando o plano não prever esta consulta imposta pela operadora, a cobrança de fator moderador poderá seguir seu curso normal, conforme previsão contratual.	Consulta Especialista

Entidades representativas	Subtítulo	Contribuições	Justificativa para a contribuição	Acatada / Acatada Parcialmente / Não Acatada	Motivação	ITEM
SINOG	Fator moderador - vedações	Sugere-se que para os planos de cobertura odontológica, seja possível, em todos os atendimentos, desde que previsto contratualmente, a cobrança do fator moderador financeiro.	Tendo em vista a tendência de se proibir a cobrança de fator moderador financeiro, na primeira consulta, quando há, com alta frequência, a opção pelo beneficiário, pela procura da primeira consulta no contrato direcionamento à clínica geral, antes da procura com profissionais especialistas, ressalta-se que na odontologia, há, sempre, a necessidade de consulta primeiro com profissional clínico geral, para posteriormente realizar tratamento com especialistas.	Não Acatada	A vedação proposta e na consulta com médico generalista imposta pela operadora e não com o especialista que este vier a indicar. Entendemos que a consulta prévia com médico generalista, quando imposta pela operadora, já é um mecanismo de regulação e por estermotivo, agregado ao fato que não ser opção do beneficiário, não pode ser alvo de cobrança de fator moderador. Quando o plano não prever esta consulta imposta pela operadora, a cobrança de fator moderador poderá seguir seu curso normal, conforme previsão contratual.	Consulta Especialista
UNIMED DO BRASIL	Fator moderador - vedações	Concordamos com a não cobrança de fator moderador nos procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva que sempre serão sequenciais ou contínuos. Porém o fator moderador para demais procedimentos sequenciais ou contínuos como: fisioterapia, terapia ocupacional, acupuntura, fonaudiologia, dentre outros, devem ser mantido. / Deve ficar claro que neste caso não será possível a cobrança do atendimento realizado no serviço básico. Sendo possível apenas a cobrança dos atendimentos realizados no serviço especializado.	Quando a coparticipação é definida por um percentual em razão do custo do procedimento, há dificuldade de compreensão do beneficiário em ter de arcar com coparticipações diferenciadas em virtude das negociações individuais da operadora com o prestador. Por exemplo, se o plano prevê uma coparticipação de 30% nas consultas e a operadora negocia com o médico A um valor de consulta de R\$50,00 e com o médico B um valor de consulta de R\$55,00, o beneficiário questiona os motivos pelos quais a coparticipação não tem o mesmo valor independente do prestador que o assistirá. Portanto, é razoável que exista uma tabela de referência da operadora, independente do custo real cobrado por cada prestador, assim como já ocorre para a tabela para fins de reembolso. No caso da franquia, essa situação é mais complexa, pois o prestador não tem acesso ao contrato do beneficiário para saber quando e por qual índice foi reajustado o contrato.	Acatado	A proposta de vedação da cobrança do fator moderador está de acordo com a contribuição. ESTUDAR: Hemoterapia (plasmafereze?) - terapia renal substitutiva (diálise peritoneal e hemodiálise). A vedação proposta é na consulta com médico generalista imposta pela operadora e não com o especialista que este vier a indicar. Entendemos que a consulta prévia com médico generalista, quando imposta pela operadora, já é um mecanismo de regulação e por estermotivo, agregado ao fato que não ser opção do beneficiário, não pode ser alvo de cobrança de fator moderador. Quando o plano não prever esta consulta imposta pela operadora, a cobrança de fator moderador poderá seguir seu curso normal, conforme previsão contratual.	Tratamentos contínuos
ABRANGE - SINAMGE - SINOG	Fator moderador - reajuste	Possibilidade de criar uma tabela de referência, revista anualmente, para propiciar o reajuste dos mecanismos de regulação financeira em percentual e a franquia.	Quando a coparticipação é definida por um percentual em razão do custo do procedimento, há dificuldade de compreensão do beneficiário em ter de arcar com coparticipações diferenciadas em virtude das negociações individuais da operadora com o prestador. Por exemplo, se o plano prevê uma coparticipação de 30% nas consultas e a operadora negocia com o médico A um valor de consulta de R\$50,00 e com o médico B um valor de consulta de R\$55,00, o beneficiário questiona os motivos pelos quais a coparticipação não tem o mesmo valor independente do prestador que o assistirá. Portanto, é razoável que exista uma tabela de referência da operadora, independente do custo real cobrado por cada prestador, assim como já ocorre para a tabela para fins de reembolso. No caso da franquia, essa situação é mais complexa, pois o prestador não tem acesso ao contrato do beneficiário para saber quando e por qual índice foi reajustado o contrato.	Acatado	Contribuição em linha com a proposta. A tabela irá trazer maior transparência para as cobranças e servirá para manter atualizados os valores de coparticipação estipulados em percentuais aplicáveis aos valores de procedimentos dispostos na tabela.	Tabela de referência
ABRANGE - SINAMGE - SINOG	Fator moderador - reajuste	Alteração das disposições do art. 8º, parágrafo único, do RN nº 171/08.	Possibilidade da coparticipação passar a ser considerada fator restritor severo quando o seu índice de reajuste está atrelado ao reajuste do contrato com o beneficiário. Isso porque o contrato com o beneficiário é reajustado levando-se em consideração diversos fatores além do pagamento ao prestador, como incorporações de novas tecnologias e o aumento da simétralidade. Exemplo: coparticipação de R\$15,00 nas consultas. Contrato individual celebrado em 2005, quando o valor que a operadora remunerava seu prestador era de R\$35,00. Em virtude dos reajustes aplicados no contrato de 2005 a 2012, o valor da coparticipação passou a ser de R\$ 24,13, sendo que a operadora remunera o prestador em 2012 em R\$45,00.	Não Acatado	Quando estipulados em moeda corrente, o reajuste dos valores de coparticipação ou franquia estão limitados ao índice de reajuste do contrato, mas não significa que tenha que ser exatamente o mesmo índice. No caso do reajuste da mensalidade do plano, o único limitador é índice ANS (Planos Individuais) ou índice estabelecido em contrato negociado entre as partes (Plano Coletivo). No caso do reajuste dos valores de coparticipação há mais um limitador. O reajuste do valor do fator moderador deverá estar limitado ao índice aplicado a contraprestação do contrato, desde que não conduza a valor superior aos limites impostos no normativo, ou seja, desde que contínuem representado o percentual estipulado em relação a tabela de referência com os valores pagos pela operadoras aos prestadores. Observa-se ainda que o reajuste no fator moderador deverá ocorrer ao mesmo tempo do reajuste anual do contrato de forma a garantir a anualidade do reajuste do contrato.	Reajuste

Entidades representativas	Subtema	Contribuições	Justificativa para a contribuição	Acatada / Parcialmente / Não Acatada	Motivação	ITEM
SINOG	Fator moderador - reajuste	Tendo em vista a propensão de se adotar tabela de procedimentos única, para fins de cálculos dos valores devidos pelo beneficiário a título de co-participação e franquia, sugere-se que a mesma tenha data de reajuste anual, única, pois a imposição de data de aniversário do contrato dificultaria, em muito, a sua aplicação pela rede credenciada, principalmente no caso da Franquia. Em não havendo a possibilidade de reajuste único, ensejará a existência de grande número de tabelas e valores, uma para cada contratante. Sugere-se, assim, para esse fim, ou seja, reajuste das tabelas de mecanismos de regulação, que não seja aplicado dispositivo da Resolução Normativa RN 172/2008, da ANS, que prevê que o reajuste deve ser no aniversário do contrato. Sugere-se, também, que as tabelas sejam reajustadas anualmente, contemplando a variação dos valores interacadêmicos existentes no período, facultando, inclusive, que a tabela seja regional. Sugere-se, também, por analogia ao previsto na Resolução Normativa RN 279/2011, que as tabelas reajustadas sejam consideradas aditivas aos contratos, quando disponibilizadas.		Não Acatado	Quando estipulados em moeda corrente, o reajuste dos valores de coparticipação ou franquia estão limitados ao índice de reajuste do índice. No caso do reajuste da mensalidade do plano, o único limitador é: índice ANV (Planos Individuais) ou índice estabelecido em contrato negociado entre as partes (Plano Coletivo). No caso do reajuste dos valores de coparticipação há mais um limitador. O reajuste do valor do fator moderador deverá estar limitado ao índice aplicado a contraprestação do contrato, desde que não conduza a valor superior aos limites impostos no normativo, ou seja, desde que continue representado o percentual estipulado em relação à tabela de referência com os valores pagos pela operadora aos prestadores. Observa-se ainda que o reajuste no fator moderador deverá ocorrer ao mesmo tempo do reajuste anual do contrato de forma a garantir a anualidade do reajuste do contrato.	Reajuste
FENSAÚDE	Fator moderador - reajuste	Nos planos individuais o fator não poder sofrer reajuste em percentual superior à mensalidade poderá alterar o percentual determinado em contrato. Existem dificuldades na disponibilização da tabela de custo por procedimento do fator moderador em função de sua extensão. Há, no limite, uma tabela para cada prestador com valores diferenciados por plano. Uma sugestão é que sejam disponibilizados na internet exemplos de como será calculado o valor.		Não Acatado	Quando o fator moderador for estabelecido em percentual, não há vinculação com o reajuste das mensalidades. Neste caso, as alterações nos valores pagos a título de fator moderador irão eventualmente se alterar em função do valor da tabela de referência, que reflete o menor valor negociado com o prestador. A tabela de referência irá conter valores pagos pela operadora aos prestadores por procedimento e não por prestador. Desta forma haverá um único valor para cada procedimento ou grupo. Portanto, todos os beneficiários pertencentes ao mesmo plano e contrato, quando utilizarem um mesmo procedimento devem pagar o mesmo Fator Moderador independente do prestador escolhido. A tabela de referência deve apresentar o menor valor negociado com os prestadores para um determinado procedimento, sob pena de caracterizar financiamento integral do procedimento caso o beneficiário escolha justamente o prestador com a remuneração melhor.	Tabela de referência
ABRAMGE - SINAMGE - SINOG / FENSAÚDE	Fator moderador - valores diferenciados por prestador	Ser permitida a adoção de mecanismos de regulação diferenciados por prestadores, como uma forma de direcionamento. Exemplos: Consulta realizada em consultório: coparticipação de R\$10,00 Consulta realizada em clínicas e hospitais: coparticipação de R\$15,00 Consulta realizada no município de São Paulo: coparticipação de R\$12,00 Consulta realizada nos demais municípios pertencentes à abrangência geográfica do plano: coparticipação de R\$10,00.		Não Acatado	A idéia é que a tabela de referência possua os valores pagos pela operadora aos prestadores por procedimento e não por prestador. Desta forma haverá um único valor para cada procedimento ou grupo. Os valores negociados diferenciadamente com cada prestador, são de responsabilidade da operadora e não devem ser transferidos aos beneficiários. Ademais, todos os beneficiários pertencentes ao mesmo plano e contrato, quando utilizarem um mesmo procedimento devem pagar o mesmo Fator Moderador independente do prestador escolhido. A responsabilidade da rede é da operadora. A única opção que fica facilitada a operadora é isenção da cobrança de fator moderador em determinados prestadores, desde que claramente previsto em contrato. A proposta de contribuição limitaria o uso necessário dos hospitais e poderia conduzir a um deslocamento desnecessário no caso de fator moderador diferenciado por municípios.	Diferenciação por prestador



Entidades representativas	Sistema	Contribuições	Justificativa para a contribuição	Acatada / Parcialmente / Não Acatada	Motivação	ITEM
PROTESTE	Fator moderador - valores diferenciados por prestador	Contra a cobrança de coparticipação diferenciada por credenciado, tendo em vista que, além de ferir a liberdade de escolha do consumidor, pode também gerar um direcionamento não previsto.		Acatado	A ideia é que a tabela de referência possua os valores pagos pela operadora aos prestadores por procedimento e não por prestador. Desta forma haverá um único valor para cada procedimento ou grupo. Os valores negociados diferenciadamente com cada prestador, são de responsabilidade da operadora e não devem ser transferidos aos beneficiários. Ademais, todos os beneficiários pertencentes ao mesmo plano e contrato, quando utilizarem um mesmo procedimento devem pagar o mesmo Fator Moderador independente do prestador escolhido. A responsabilidade da rede é da operadora. A única opção que fica facultada a operadora é isenção da cobrança de fator moderador em determinados prestadores, desde que claramente previsto em contrato.	Diferenciação por prestador
UNIDAS	Fator moderador - valores diferenciados por prestador	Entende-se que é benéfico a todos os envolvidos (ANS, operadoras, contratantes e beneficiários), que fique expressamente garantido à operadora a dispensa ou cobrança a menor de coparticipação e franquia, quando os serviços forem prestados por prestador de serviço integrante de rede própria.		Acatada parcialmente	A ideia é que a tabela de referência possua os valores pagos pela operadora aos prestadores por procedimento e não por prestador. Desta forma haverá um único valor para cada procedimento ou grupo. Os valores negociados diferenciadamente com cada prestador, são de responsabilidade da operadora e não devem ser transferidos aos beneficiários. Ademais, todos os beneficiários pertencentes ao mesmo plano e contrato, quando utilizarem um mesmo procedimento devem pagar o mesmo Fator Moderador independente do prestador escolhido. A responsabilidade da rede é da operadora. A única opção que fica facultada a operadora é isenção da cobrança de fator moderador em determinados prestadores, desde que claramente previsto em contrato.	Diferenciação por prestador
FENASAÚDE	Fator moderador - valores diferenciados por prestador	Possibilitar direcionamento por meio de isenção da cobrança do fator moderador em determinados prestadores.		Acatado	A ideia é que a tabela de referência possua os valores pagos pela operadora aos prestadores por procedimento e não por prestador. Desta forma haverá um único valor para cada procedimento ou grupo. Os valores negociados diferenciadamente com cada prestador, são de responsabilidade da operadora e não devem ser transferidos aos beneficiários. Ademais, todos os beneficiários pertencentes ao mesmo plano e contrato, quando utilizarem um mesmo procedimento devem pagar o mesmo Fator Moderador independente do prestador escolhido. A responsabilidade da rede é da operadora. A única opção que fica facultada a operadora é isenção da cobrança de fator moderador em determinados prestadores, desde que claramente previsto em contrato. (Direcionamento)	Diferenciação por prestador
ABRAMIGE - SINANGE - SINGO / UNIMED DO BRASIL	Fator moderador	Tornar obrigatório o uso de mecanismo de regulação financeiro, seja franquia ou coparticipação, ao menos em consultas, exames e tratamentos seriados. / Que a ANS faça a exigência de comercialização de produtos com coparticipação menor ou igual a 30% e que seja obrigatório o oferecimento desses planos aos beneficiários.		Não Acatado	A oferta de plano com ou sem fatores moderadores e decisão de cada operadora.	Vedar ou não coparticipação
PROTESTE	Fator moderador	Contra tornar obrigatório o uso de mecanismo de regulação financeiro, seja franquia ou coparticipação, ao menos em consultas, exames e tratamentos seriados.		Acatado	A oferta de plano com ou sem fatores moderadores e decisão de cada operadora.	Vedar ou não coparticipação
FENASAÚDE	Fator moderador	Possibilitar a isenção de fator moderador caso seja utilizada a rede e cobrança em caso de livre escolha.		Acatado	A ideia é que a tabela de referência possua os valores pagos pela operadora aos prestadores por procedimento e não por prestador. Desta forma haverá um único valor para cada procedimento ou grupo. Os valores negociados diferenciadamente com cada prestador, são de responsabilidade da operadora e não devem ser transferidos aos beneficiários. Ademais, todos os beneficiários pertencentes ao mesmo plano e contrato, quando utilizarem um mesmo procedimento devem pagar o mesmo Fator Moderador independente do prestador escolhido. A responsabilidade da rede é da operadora. A única opção que fica facultada a operadora é isenção da cobrança de fator moderador em determinados prestadores, desde que claramente previsto em contrato. (Direcionamento)	Diferenciação por prestador



Entidades Representativas	Subtema	Contribuições	Justificativa para a contribuição	Acatada / Parcialmente / Não Acatada	Motivação	ITEM
FENASAÚDE	Fator moderador	Possibilitar o escalonamento, como por exemplo, até o xº o procedimento não será cobrado, do x+1º ao x+nº será cobrado y% e nos demais z%.		Acatado	O escalonamento será permitido, desde que o valor ou percentual máximo cobrado esteja de acordo com os limites impostos no normativo e que não haja financiamento integral do procedimento.	Escalonamento da coparticipação
UNIMED DO BRASIL	Fator moderador	Proposta de cobrança de coparticipação a partir de um determinado número de consultas e/ou procedimentos.		Acatado	O escalonamento será permitido, desde que o valor ou percentual máximo cobrado esteja de acordo com os limites impostos no normativo e que não haja financiamento integral do procedimento.	Escalonamento da coparticipação
UNIMED DO BRASIL	Fator moderador	Que haja a possibilidade de um mesmo produto com coparticipação conter mais de um tipo de fator moderador, considerando que no RPS existe a possibilidade de vinculação de mais de um tema referente a mecanismo de regulação.		Acatado	Hoje em dia já não há qualquer impedimento para a previsão de mais de um tipo de fator moderador em um mesmo plano.	Registro de produto
ABRAMGE - SINAMGE - SINGO	Fator moderador	Permitir a cobrança da coparticipação a partir da liberação do procedimento.	Há situações em que é difícil a cobrança da coparticipação, principalmente nos casos de planos coletivos quando o aviso do evento, para a cobrança da coparticipação, ocorre após o encerramento do contrato.	Não Acatado	O pagamento da co-participação não deve ficar vinculado a simples autorização de realização do procedimento, tendo em vista que a autorização não é garantia da efetiva realização do procedimento.	Pagamento na autorização
PROTESTE	Fator moderador	Contra a cobrança da coparticipação antes da realização do procedimento.		Acatado	O pagamento da co-participação não deve ficar vinculado a simples autorização de realização do procedimento, tendo em vista que a autorização não é garantia da efetiva realização do procedimento.	Pagamento na autorização
SINGO	Fator moderador	Sugere-se que quando da atualização do rol de procedimentos mínimos, os novos procedimentos sejam vinculados aos fatores moderadores já utilizados em cada produto, inclusive cumprimento de prazos de carências.		Acatado	Os valores de fator moderador dos novos procedimentos serão os mesmo do grupo ao qual o novo procedimento pertencerá. Se não houver previsão para um determinado grupo, não haverá fator moderador para um novo procedimento caso venha a pertencer a este mesmo grupo. Caso não haja estabelecimento de grupos e os fatores moderadores seja especificadas por procedimento, a operadora poderá na inclusão do novo procedimento, estabelecer o fator moderador aplicável a ele, observadas as regras do normativo.	Novos procedimentos no rol
SINGO	Fator moderador	Sugere-se alteração da conduta de se exigir que nos boletos de cobrança de planos de contratação individual, sejam discriminados cada procedimento e respectivo valor. Sugere-se que, para o segmento odontológico, seja apontado o valor total de fator moderador devido da GTO e que caso seja solicitado pelo beneficiário o detalhamento da cobrança, a operadora possa disponibilizá-lo na área exclusiva do cliente, em seu Portal na Internet.	Justifica-se esta sugestão, no fato de que, em uma significativa parcela de GTOs, há grande número de procedimentos lançados e muitas vezes os boletos de cobrança não comportam esse grande número de informações.	Não Acatado	É fundamental que o beneficiário tenha conhecimento do que está pagando, a que procedimento se refere e até quando pagará por cada procedimento realizado.	Informação no boleto
SINGO	Fator moderador	Sugere-se que a norma traga a expressa autorização de fator moderador temporário nos contratos de cobertura odontológica. Essa prática já é utilizada pelas operadoras odontológicas e ajuda a cobrir a rescisão do contrato, principalmente nos produtos individuais/familiares, muito corriqueira, após a utilização das coberturas.		Não Acatado	O escalonamento será permitido, desde que o valor ou percentual máximo cobrado esteja de acordo com os limites impostos no normativo e que não haja financiamento integral do procedimento. Está prevista ainda a possibilidade de isenção do fator moderador. No caso específico do fator moderador temporário, deve-se lembrar que, segundo entendimento da procuradoria, não é permitida a utilização de mecanismos de desconto que induzam a fidelização do beneficiário ao plano.	Escalonamento da coparticipação
FENASAÚDE	Fator moderador	As regras de fator moderador em serviços e coberturas adicionais não observarão as regras estipuladas no normativo, devendo estar claras no material de divulgação.		Não Acatado	As regras de fator moderador quando existente deverão se aplicar a qualquer procedimento que preveja a sua cobrança.	Financiamento Integral
PROTESTE	Fator restritor severo de utilização	A definição objetiva para o termo "fator restritor severo de utilização" deve levar em consideração que, a imposição de qualquer mecanismo de regulação que dificulte o acesso à rede assistencial e/ou não permita o atendimento integral desse consumidor, será considerada como um "fator restritor severo de utilização". Seja através de mecanismo financeiro ou assistencial.		Acatado	Apesar de o termo "Fator Restritor Severo" não estar previsto para ser repellido no novo normativo, entende-se que o termo refere-se a qualquer mecanismo de regulação que possa inviabilizar a utilização, seja ele financeiro ou assistencial. Para tanto serão estabelecidos os limites de fator moderador.	Fator restritor

Entidades representativa	Subtema	Contribuições	Justificativa para a contribuição	Acatada / Parcialmente / Não Acatada	Motivação	ITEM
5 ABRAMIGE - SINAMIGE - SINOG / UNIMED DO BRASIL	Fator restritor severo de utilização	Definição de um critério objetivo para fator restritor severo de utilização.	A inexistência de uma regra clara sobre o conceito de fator restritor severo leva a uma interpretação subjetiva, que pode variar conforme o entendimento do fiscal, e, com isso, a operadora sofrer sanções por não conhecer exatamente os limites a que está sujeita.	Acatado	Apesar de o Termo "Fator Restritor Severo" não estar previsto para ser repetido no novo normativo, entende-se que o termo refere-se a qualquer mecanismo de regulação que possa inviabilizar a utilização, seja ele financeiro ou assistencial. Para tanto serão estabelecidos os limites de fator moderador.	Fator restritor
ABRAMIGE - SINAMIGE - SINOG	Fator restritor severo de utilização	Vincular o conceito de fator restritor severo apenas a franquia e coparticipação e não a autorização prévia.	Apesar das disposições da Resolução Consu nº 8/98, vincular fator restritor severo aos mecanismos de regulação financeira, é muito comum a utilização desse conceito em outras situações pela fiscalização da ANS.	Não Acatado	Apesar de o Termo "Fator Restritor Severo" não estar previsto para ser repetido no novo normativo, entende-se que o termo refere-se a qualquer mecanismo de regulação que possa inviabilizar a utilização, seja ele financeiro ou assistencial. Para tanto serão estabelecidos os limites de fator moderador.	Fator restritor
PROTESTE	fator restritor severo de utilização	Contra a vinculação do conceito de fator restritor severo apenas a franquia e coparticipação e não a autorização prévia.		Acatado	Apesar de o Termo "Fator Restritor Severo" não estar previsto para ser repetido no novo normativo, entende-se que o termo refere-se a qualquer mecanismo de regulação que possa inviabilizar a utilização, seja ele financeiro ou assistencial. Para tanto serão estabelecidos os limites de fator moderador.	Fator restritor



ANEXO III

Estudo da NTRP



DADOS NTRP - SEM OUTLIES*

Custo e Frequencia

Total	Custo Médio	Frequência	Freq/2	freq/2 * CM
Consultas médicas	38,77	6,231	3,115	120,78
Demais despesas assistenciais	53,05	2,617	1,308	69,40
Exames - grupo 1	265,06	0,256	0,128	33,98
Exames - grupo 2	16,92	14,789	7,394	125,12
Exames complementares	19,89	14,301	7,151	142,23
Outros atendimentos ambulatoriais	78,33	0,725	0,362	28,39
Terapias	33,37	1,566	0,783	26,13
Terapias - grupo 1	69,96	0,203	0,101	7,09
Terapias - grupo 2	14,51	1,954	0,977	14,17
Internações	2.317,37	0,231	0,115	267,58

OBS.: Frequência anual

Preços

Faixa Etária	Qtde	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
0 a 18 anos	9931	102,23	41,98	94,88	33,87	215,19
19 a 23 anos	9860	123,93	50,42	114,62	41,88	260,42
24 a 28 anos	9911	142,93	59,83	131,02	46,25	303,82
29 a 33 anos	9904	160,82	67,24	147,56	52,33	339,56
34 a 38 anos	9917	175,92	74,41	161,41	55,84	374,12
39 a 43 anos	9879	202,53	85,29	186,63	63,86	432,53
44 a 48 anos	9842	249,46	102,64	230,40	83,24	522,37
49 a 53 anos	9846	309,75	131,20	286,90	97,90	659,90
54 a 58 anos	9849	389,23	167,09	362,32	116,82	835,95
59 anos ou mais	9765	549,05	226,87	509,09	177,44	1.152,35

Cálculo:

Limite para internação em plano em pré-pagamento: 50%

[.]

- $[50\% * (\text{Frequência} * \text{Custo Médio})] / \text{Preço Médio da 10ª FE}$
- $267,58 / 549,05 = 49\%$

Limite para internação em plano em pós-pagamento: 12%

[.]

- $267,58 / 2.317,37 = 11,55\%$

* Box-plot 1.0



ANEXO IV

Apresentação Fenasaúde



Mecanismos de Regulação

Câmara Técnica de Mecanismos de Regulação
Reunião ANS - 24/10/12



Eixo 1 – Sustentabilidade do setor

1. Desenvolver estudos sobre a implantação de princípios de Governança Corporativa no setor.
2. Desenvolver estudos sobre o impacto atual da regulação econômica no setor e sobre modelos alternativos.
3. Desenvolver estudos sobre a implantação de Fundo de Desenvolvimento Setorial.
4. Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais.
5. Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede e sobre a viabilidade de modelos de limite operacional, assistencial (rede) e econômico-financeiro (capital).

NESTA DIRETRIZ A FRANQUIA SE ENCAIXA PERFEITAMENTE.



Franquia

A FRANQUIA COMO INSTRUMENTO DE MELHORIA DOS INCENTIVOS AO USO DOS PLANOS

O que é:

Tradicionalmente, a franquia é uma coparticipação - contratualmente acordada e fixada - do segurado no risco e, conseqüentemente, no valor da indenização.

Exemplo no caso de seguro de automóveis:

Quando o veículo segurado sofre danos parciais, a seguradora é acionada para arcar com os custos dos reparos. Nesse momento, o segurado também participa, assumindo uma parte desses custos. O segurado que assume uma franquia de R\$ 2.000, por exemplo, está assumindo a responsabilidade de arcar com as despesas até esse valor. Se o prejuízo for de R\$ 5.000, o segurado pagará os R\$ 2.000 correspondentes à franquia e a seguradora, os R\$ 3.000 que faltam. Adicionalmente, a franquia pode ser dedutível ou simples.

E na saúde? Como funcionaria?

Em primeiro lugar, seria um produto opcional.

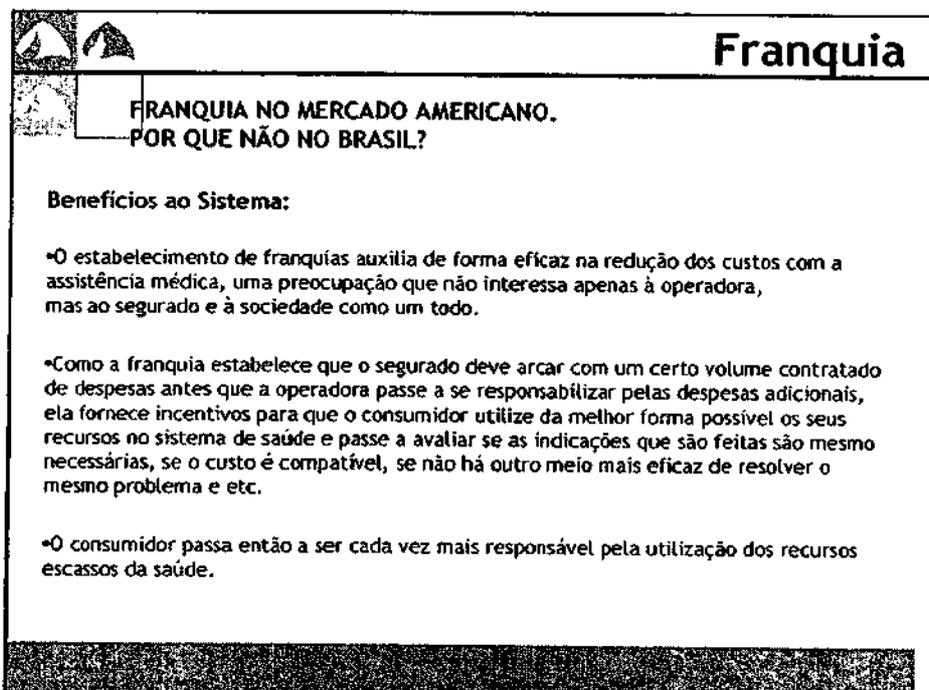
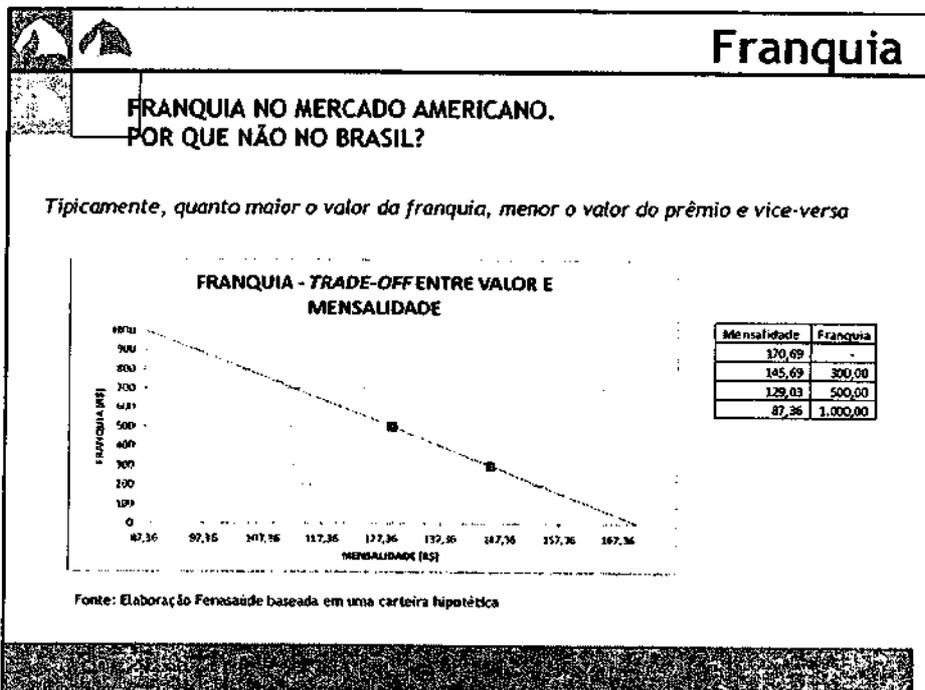
Por exemplo, se um segurado possui uma franquia de R\$ 1.000 para cobertura hospitalar, na ocorrência de uma internação, ele paga esta quantia e se o valor alcançar, por exemplo, R\$ 6.000, a diferença de R\$ 5.000 está sob a responsabilidade da operadora.



Franquia

FRANQUIA NO MERCADO AMERICANO. POR QUE NÃO NO BRASIL?

- Grande parte dos seguros de saúde possui algum tipo de franquia.
- As franquias variam a fim de suprir as necessidades das famílias e suas capacidades de pagamento.
- As franquias geralmente são anuais.
- Tipicamente, quanto maior o valor da franquia, menor o valor do prêmio e vice-versa.





Franquia

**FRANQUIA NO MERCADO AMERICANO.
POR QUE NÃO NO BRASIL?**

- No caso do HSA (*Health Saving Accounts*) existente no mercado americano, a franquia é depositada em uma conta-poupança incentivada em nome do segurado que pode sacar estes recursos para efetuar os pagamentos com despesas médicas até o limite da franquia.
- Ao longo do tempo, os recursos são remunerados como qualquer investimento.
- No ano seguinte, o segurado deposita novamente o valor da franquia na conta-poupança HSA e assim sucessivamente para que no futuro, o volume de recursos poupados possa ser utilizado com o pagamento de despesas médicas ou plano suplementar, sem tributação.

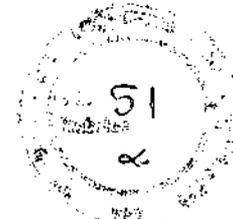


Franquia

**FRANQUIA NO MERCADO AMERICANO.
POR QUE NÃO NO BRASIL?**

Em um momento de avanços na agenda regulatória para o triênio 2013/2016, é preciso que se ofereçam novas propostas ao sistema e que estas não se limitem a revisões regulatórias sem alcance no longo prazo.

Não é por outra razão que esta Federação ainda espera avançar em temas que foram pouco debatidos na câmara técnica.



	<h2>Franquia</h2>
<h3>POSSIBILIDADES REGULATÓRIAS: CONCLUINDO</h3>	
<ul style="list-style-type: none">• Não há qualquer vedação ao estabelecimento de franquias pela lei dos planos de saúde.• As premissas legais consideradas pela ANS para a discussão de mecanismos financeiros de Regulação são normas regulamentares, passíveis de reformulação no âmbito da ANS, uma vez que não estão estabelecidas na Lei 9.656/98.• A franquia seria um importante avanço no sistema na direção do melhor uso dos recursos.• Seria uma alternativa a mais para os consumidores, devidamente regulada e monitorada.	

	
<p>Obrigado!</p>	
<p>Marco Antônio Antunes Flávio Bitter</p>	
<p><i>Representantes da Fenasaúde</i></p>	



RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº XX, DE XX DE NOVEMBRO DE 2012

Dispõe sobre os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos de assistência à saúde e revoga a Resolução CONSU nº 08, 03 de novembro de 1998.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos XXIV, XXV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; a alínea “a” do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; e as alíneas “d” e “e” do § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998; em reunião realizada em XX de XXXX de 2012, adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução Normativa – RN dispõe sobre os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos de assistência à saúde e revoga a Resolução CONSU nº 08, 03 de novembro de 1998.

CAPÍTULO II DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 2º Para efeitos desta Resolução, mecanismos de regulação são meios e recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras de que trata o art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, com a finalidade de gerenciar a demanda ou a utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, na Lei nº 9.656, de 1998, nos seus regulamentos e na legislação vigente.

Art. 3º As operadoras de planos de assistência à saúde poderão utilizar mecanismos de regulação para gerenciar a demanda ou a utilização dos serviços em compatibilidade com os critérios estabelecidos nesta RN, devendo atender às seguintes exigências:

I - divulgar os mecanismos de regulação utilizados e todas as condições para sua utilização de forma clara e expressa no material publicitário, no instrumento de contrato, no livro ou indicador de serviços da rede assistencial e no sítio eletrônico da operadora;

II - encaminhar à ANS, quando requisitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação utilizados e os critérios adotados para a definição do fator moderador; e

III - fornecer ao beneficiário, quando solicitado, laudo fundamentado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

Art. 4º São vedadas as seguintes práticas referentes à utilização dos mecanismos de regulação:

I - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais ou regulamentares em vigor;

II - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;

III - adotar mecanismos de regulação relacionados à concessão de desconto, de pontuação para troca por produtos, ou outras práticas análogas, que desestimulem a utilização dos serviços e das coberturas do plano privado de assistência à saúde contratado pelo beneficiário; e (Súmula nº 7, de 2005)

IV - adotar mecanismos de regulação baseados em parâmetros estatísticos de produtividade os quais impliquem inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços de saúde, sob pena de incorrerem em infração ao artigo 42 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006. (Súmula nº 16, de 2011)

CAPÍTULO III DOS MECANISMOS ASSISTENCIAIS DE REGULAÇÃO

Seção I Das Disposições Gerais

Art. 5º Configuram mecanismos assistenciais de regulação:

I – exigir autorização prévia para determinados procedimentos;

II – encaminhar o beneficiário a prestador específico da rede credenciada, previamente definido pela operadora, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico;

III – condicionar a realização de um procedimento à prévia realização de outro procedimento que indique a necessidade, desde que esteja previsto nas Diretrizes reconhecidas pelo Ministério da Saúde – MS, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou pelas Sociedades Médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e Associação Médica Brasileira – AMB.

Seção II Das Vedações

Art. 6º São vedadas as seguintes práticas referentes à utilização dos mecanismos assistenciais de regulação:

I - utilizar mecanismos de regulação que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou de emergência;

Existem
diretrizes
odontológicas?
Existem
Sociedades
Odontológicas?

É necessário
falarmos "... de
urgência e
emergência,
assim
declaradas pelo
profissional



II - exigir autorização prévia para:

- a) situações de urgência ou de emergência;
- b) consultas;
- c) serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial; e
- d) radiologia simples.

III - impedir ou dificultar a realização do procedimento em razão de o profissional solicitante não pertencer à rede assistencial da operadora;

IV - exigir a transcrição do pedido do profissional de saúde assistente não credenciado para a guia de autorização da operadora; e

V - exigir o direcionamento de rede para atendimentos de urgência ou de emergência, inclusive quando estes evoluírem para internação.

Nos casos de U/E e consultas básicas (RN 259) somente podem ser checados os critérios de elegibilidade.

A exigência será aplicada para todos os procedimentos previstos no contrato.

§2º. As ações administrativas mencionadas no inciso anterior não podem dificultar ou retardar atendimentos de urgência ou de emergência.

Seção III Da Autorização Prévia

Art. 7º A autorização para realização de serviço ou procedimento, quando expressamente prevista em contrato, deverá ocorrer de forma a atender os prazos estabelecidos pela RN nº 259, de 17 de junho de 2011, inclusive nos casos de divergência clínica quanto à necessidade da realização de procedimento.

Art. 8º Nos casos em que a operadora discorde do profissional de saúde assistente quanto à indicação clínica de procedimento que faça parte da cobertura obrigatória, deve encaminhar por escrito ao profissional assistente documento contendo as razões da discordância.

§ 1º Caso o profissional de saúde assistente mantenha a indicação, o impasse deve ser arbitrado por um terceiro profissional, o qual atuará como desempatador, pronunciando-se por escrito em favor de uma das duas posições divergentes, devendo seu parecer ser acatado, para fins de cobertura, por ambas as partes.

§ 2º O profissional que atuará como árbitro deverá ser representante do conselho profissional local ou da sociedade que represente a especialidade médica ou odontológica relacionada ao procedimento.

§ 3º Caso não seja possível o arbitramento por representante do conselho profissional ou da sociedade de especialidade, a operadora poderá indicar outro profissional da mesma especialidade, sendo facultado ao profissional de saúde assistente, neste caso, recusar até dois dos nomes indicados.

§ 4º Cabe à operadora a responsabilidade pela remuneração do profissional que atuará como árbitro.

Art. 7º A operadora de plano de assistência à saúde deverá fornecer ao beneficiário, quando solicitado, laudo fundamentado e cópia de toda a documentação relativa às questões de divergência clínica.

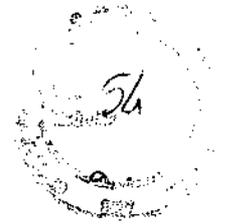
Art. 8º O preenchimento dos critérios estabelecidos pelas Diretrizes de Utilização – DUT reconhecidas pelo Ministério da Saúde – MS, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou pelas Sociedades Médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e Associação Médica Brasileira – AMB poderá ser exigido pela operadora sem a necessidade de arbitramento por terceiro profissional.

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 10 Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

ANDRÉ LONGO DE ARAÚJO MELO
Diretor-Presidente



Questões sobre junta médica a serem definidas

Forma de participação do beneficiário no processo.

Regras para comunicação ao beneficiário da realização da junta e conclusão.

Possibilidade de análise do terceiro médico/cirurgião dentista ser feita a distância, com base no parecer emitido pelo médico assistente e médico da operadora.

Sugestão de que quando não houver consenso entre operadora e médico assistente/cirurgião dentista, após sugestão de no mínimo 3 profissionais diferentes das partes envolvidas, caberá à operadora a indicação e definição do terceiro profissional para realização da junta médica/odontológica.

Núcleo Ceará

Qual a formalidade a ser seguida pelas operadoras para a efetiva constituição de junta médica? A convocação do beneficiário (para indicar se deseja que componha a junta o profissional solicitante ou outro nomeado pelo usuário) ou do médico solicitante (quando indicado pelo beneficiário), por carta, é suficiente para caracterizar que ela deu início à constituição?

O fato de uma operadora tentar constituir a junta médica, mas não a realizar, exclusivamente, em decorrência da não manifestação do beneficiário (ao ser contatado para indicar se deseja que componha a junta o profissional solicitante ou outro nomeado pelo usuário) ou do médico solicitante (quando indicado pelo beneficiário), eventualmente a desobrigaria da cobertura assistencial em questão?

E se o obstáculo à realização decorrer de recusa do beneficiário ou do médico solicitante em querer constituir a junta médica, eventualmente a desobrigaria da cobertura assistencial em questão?

O beneficiário e o médico solicitante foram comprovadamente contatados pela operadora (por carta enviada com AR ou entregue pessoalmente).

Existe alternativa à operadora em caso de não manifestação ou recusa do beneficiário ou do médico assistente ou outro indicado pelo beneficiário, para a constituição da junta (na Consu não há, talvez em alguma Resolução do CRM em caso análogo)?

Centro Transmontano / Núcleo-SP

Em caso de uma Junta Médica, podemos ter:

1 Comparecimento de todos

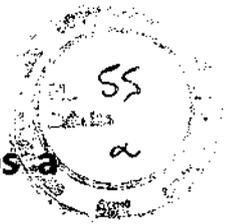
2 Comparecimento do beneficiário, um médico da Operadora, outro da beneficiária e ausência do Médico assistente

3 Comparecimento de todos os médicos e ausência do beneficiário

4 Ausência do médico da beneficiária

Nas ausências o que fazer? Fazer uma ata do que é discutido?

Parecer da conclusão?



Observações sobre o novo produto com Franquia – pontos a serem definidos/discutidos:

- Necessidade de **definição de limites**, atrelados por exemplo: à contraprestação do produto; ao número de participantes do plano; à faixa-etária; anual; etc;
- Alto risco de **judicialização**, quando o beneficiário necessitar de atendimento emergencial e não dispuser do valor da franquia;
- Necessidade de discussão do operacional em relação à **cobrança aos beneficiários** (pagamento direto à operadora, em uma única vez, ou parcelado nas mensalidades futuras). A FENASAÚDE propôs a criação de uma conta para depósito antecipado do valor da franquia;
- Risco de **fraude** por parte dos beneficiários, em caso de emissão de recibos para **atingir o valor da franquia**, e liberar o uso do plano indiscriminado, fora do limite da franquia;
 - Necessidade de definição de aceitação de recibos para consumo da franquia, exclusivamente da rede ou em **livre escolha**. Se for livre escolha, a fraude será ainda mais difícil de ser controlada;
- Produtos com franquia prescindem de mecanismos de **auditoria** (ex: impositor de sinistro para averiguar o valor do evento).

ASSNT/DIRAD/DIPRO/ANS	
Protocolo n.º 33902-	011210/2017-15
Data Registro:	26.01.2017
Hora Registro:	14:02
Assinatura:	<i>[assinatura]</i> LAURENS



Despacho nº 44/2017/ASSNT//DIRAD/DIPRO/ANS

Referência: Processo nº33902.527905/2012-60.

Assunto: Mecanismo de Regulação Financeira.

Sra. Diretora Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

Trata-se de processo administrativo de consulta à Procuradoria sobre interpretação do conceito de cobertura assistencial aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, conforme descrito na Nota nº025/2012/ASSNT/DIPRO/ANS (fls.02/06).

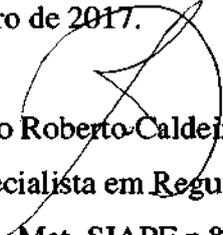
Consta no referido processo, dentre outros documentos a Ata de Reunião da Câmara Técnica de Mecanismo de Regulação 5ª Reunião, realizada em 13/11/2012 (fls. 22/22verso); Parecer nº414/2013/GECOS/PROGE PF-ANS/PGF (assunto: Franquia; fls.23/26).

Em 29 de novembro de 2016 foi publicada no Diário Oficial da União a Resolução Normativa -RN nº415, de 28 de novembro de 2016, que alterou o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, em especial com o acréscimo dos incisos XXX e XXXI no art. 23, da RN 197/2009, onde é dada novas atribuições/competência para a Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, referentes mecanismos de regulação econômicos financeiros adotados e utilizados no uso dos serviços de saúde, conforme abaixo descrito:

“Art.23.
.....
XXX - efetuar estudos e propor normas referentes aos aspectos econômico-financeiros dos mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde adotados e utilizados pelas operadoras de planos de saúde; e
XXXI - indicar os aspectos econômico-financeiros referentes à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de fator moderador como mecanismo de regulação no uso dos serviços de saúde.
.....”

Dessa forma, considerando as competências regimentais estabelecidas, em particular, nos incisos XXX e XXXI, do art. 23, da RN nº197/2009, acrescidas pela RN nº415/2016, e considerando a matéria apresentada no presente Processo Administrativo, sugerimos o encaminhamento dos presentes autos para a Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, para as providências que achar pertinentes.

Rio de Janeiro, 17 de janeiro de 2017.


João Roberto Caldeira de Oliveira
Especialista em Regulação - CCT
Mat. SIAPE n°2329475
Assessor Normativo

JOÃO ROBERTO CALDEIRA DE OLIVEIRA
Especialista em Regulação
de Saúde Suplementar
Mat. SIAPE nº 2329475

Em 17/01/2017.

De acordo, encaminhe-se para a DIRAD/DIDES.


Carla de Figueiredo Soares

Diretora Adjunta de Normas e Habilitação dos Produtos

Mat. SIAPE nº1512417

INTERESSADO:
M.S. PROCESSO
DATA: 30/06/2015
NÚMERO
33902.270680/2015-15
ASSUNTO:
INTERESSADO GERENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE
PROCEDÊNCIA GERENCIA GERAL DE REGULACAO ASSISTENCIAL

RESUMO
GT - MECANISMO DE REGULAÇÃO
OUTROS DADO
MOVIMENTAÇÃO:

Seq.	Sigla	Código	Data	Seq.	Sigla	Código	Data
01			/ /	15			/ /
02			/ /	16			/ /
03			/ /	17			/ /
04			/ /	18			/ /
05			/ /	19			/ /
06			/ /	20			/ /
07			/ /	21			/ /
08			/ /	22			/ /
09			/ /	23			/ /
10			/ /	24			/ /
11			/ /	25			/ /
12			/ /	26			/ /
13			/ /	27			/ /
14			/ /	28			/ /

AS TRAMITAÇÕES DEVERÃO SER REGISTRADAS NO SIPAR
ANEXOS:



SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO

Dados do Solicitante			
1.1 Unidade:	GGRAS/DIPRO		
1.2 Órgão/Sigla:	GGRAS	1.3 Data:	30/06/2015
		1.4 Solicitação nº	/2015

2. Solicitamos abertura de processo com as seguintes informações

2.1 Assuntos: GT - MECANISMO DE REGULAÇÃO
2.2 Interessados (s): Gerência de Assistência a Saúde - GEAS

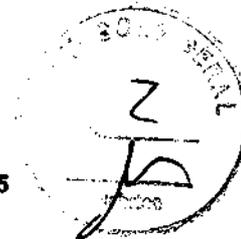
3. Reservado ao protocolo:

3.1 Assunto:		
3.2 Natureza:		3.3 Código:

Raquel Medeiros Lisboa
Raquel Medeiros Lisboa
Siape - 1621388

RAQUEL MEDEIROS LISBOA
Gerente-Geral
Gerência-Geral de Regulação Assistencial
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
CNPJ nº 07.040.514/0001-90

Portaria da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, Nº 02, de 29 de Abril de 2015



O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tendo em vista o disposto nos artigos 3º e 4º, incisos VII, XXIV e XXVIII, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no uso das atribuições que lhe conferem o disposto no artigo 85, inciso II, c/c o artigo 77, inciso I, alínea "b", ambos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

Art. 1º. Instituir Grupo de Trabalho - GT que tem como objetivo a elaboração de proposta de revisão de norma relativa às regras para a adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde, buscando garantir o acesso dos consumidores aos serviços de saúde contratados e sua qualidade assistencial, e rever conceitos abrangendo as atuais práticas do setor de saúde suplementar de forma compatível com os normativos vigentes.

Art. 2º. O GT terá o prazo de 90 (noventa) dias para o cumprimento de suas tarefas, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 3º. O GT será composto pelos seguintes servidores, sem prejuízo de suas atribuições:

ALESSANDRA BEATRIZ MIRANDA LIMA DE ABREU, mat. SIAPE nº 2528336

ANA PAULA SILVA CAVALCANTI, mat. SIAPE nº 1333631

CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA, mat. SIAPE nº 1512521

DANIELLE CONTE ALVES, mat. SIAPE nº 1537946

FELIPE UMEDA VALLE, mat. SIAPE nº 1560737

PATRÍCIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA SILVA, mat. SIAPE nº 1559957

PATRÍCIA NASCIMENTO GÓES, mat. SIAPE nº 1309975

RAQUEL MEDEIROS LISBOA, mat. SIAPE nº 1621388

ROCHELLE ALBERTO MARTINS SANTOS, mat. SIAPE nº 1618514

§1º. O(a) Diretor(a) Adjunto(a) e os assessores da DIRAD/DIPRO participarão das reuniões do GT.

§2º. A coordenação dos trabalhos poderá convidar colaboradores internos da ANS para participar das reuniões do GT, caso identifique necessidade de contribuições específicas.

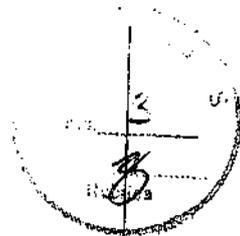
Art. 4º. O GT será coordenado pela servidora ANA PAULA SILVA CAVALCANTI, mat. SIAPE nº 1333631

Parágrafo único. O coordenador nomeado será substituído, em suas ausências e impedimentos, pelo servidor FELIPE UMEDA VALLE, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, mat. SIAPE nº 1560737.

Art. 5º. A conclusão da proposta e dos estudos realizados pelo Grupo de Trabalho deverá ser encaminhada ao Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos ao final do

PORTARIA Nº 17, 24 DE maio

DE 2015.



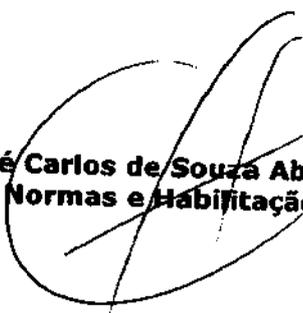
O Diretor Responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto nos artigos 3º e 4º, incisos VII, XXIV e XXVIII, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no uso das atribuições que lhe conferem o disposto no artigo 85, inciso II, c/c o artigo 77, inciso I, alínea "b", ambos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

Art. 1º Designar, no interesse da instituição, sem prejuízos às atividades do cargo, **novo membro integrante do Grupo de Trabalho – GT** que tem como objetivo a elaboração de proposta de revisão de norma relativa às regras para a adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde, buscando garantir o acesso dos consumidores aos serviços de saúde contratados e sua qualidade assistencial, e rever conceitos abrangendo as atuais práticas do setor de saúde suplementar de forma compatível com os normativos vigentes, instituído pela Portaria da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, nº 02, de 29 de abril de 2015, publicada no Boletim de Serviço em 30/04/2015, **para substituir o membro destituído neste ato, a saber:**

a) Fica designado o servidor ADENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO mat. nº 2074761, como membro em substituição à servidora ALESSANDRA BEATRIZ MIRANDA LIMA DE ABREU, mat. SIAPE nº 2528336, sem prejuízo dos trabalhos. Desta forma o referido grupo passa ser constituído pelos seguintes participantes:

ADENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO mat. nº 2074761
ANA PAULA SILVA CAVALCANTI, mat. SIAPE nº 1333631
CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA, mat. SIAPE nº 1512521
DANIELLE CONTE ALVES, mat. SIAPE nº 1537946
FELIPE UMEDA VALLE, mat. SIAPE nº 1560737
PATRÍCIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA SILVA, mat. SIAPE nº 1559957
PATRÍCIA NASCIMENTO GÓES, mat. SIAPE nº 1309975
RAQUEL MEDEIROS LISBOA, mat. SIAPE nº 1621388
ROCHELLE ALBERTO MARTINS SANTOS, mat. SIAPE nº 1618514

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.


José Carlos de Souza Abrahão
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

Gerência/Diretoria: **GEAS/GGRAS/DIPRO**
Protocolo n.º. 33902.442693/2016-15
Data Registro: 29/04/2016
Hora Registro: 16:46
Assinatura: Ribeiro



Nota nº 18/2016/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2016.

Assunto: Grupo de Trabalho - Revisão da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 1998.

Referência: 33902.270680/2015-15

Interessado: Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO

Com o objetivo de elaborar uma proposta para a revisão da norma relativa à adoção e utilização de mecanismos de regulação de uso de serviços de saúde pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO instituiu um Grupo de Trabalho (GT) por meio da Portaria nº 02 de 29 de abril de 2015, atualizada pela Portaria nº 07 de 29 de maio de 2015, com duração prevista de 90 (noventa) dias, com início em 18/05/2015 e finalização em 16/08/2015.

A utilização de mecanismos de regulação aplicados pelas operadoras de planos de assistência à saúde foi autorizada pela Lei 9.656 de 3 de junho de 1998, na alínea “d” do § 1º do artigo 1º; no inciso VIII do artigo 16; nos incisos II e III do artigo 18; no § 5º do artigo 19 e, atualmente, deve obedecer às regras estabelecidas pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU 8, de 3 de novembro de 1998, alterada pela Resolução CONSU 15, de 29 de março de 1999.

A Resolução CONSU 8, de 1998, foi um marco na regulação, visto que delimitou o uso de mecanismos de regulação de uso de serviços pelas operadoras e, principalmente, estabeleceu premissas fundamentais, as quais foram incorporadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando de sua criação em 2000 e que continuam válidas até o momento.

Entretanto, considerando a antiguidade da Resolução CONSU 8, que foi publicada em 1998 e alterada pela Resolução CONSU nº 15 em 1999, antes mesmo da criação da ANS, o que

1 / 25

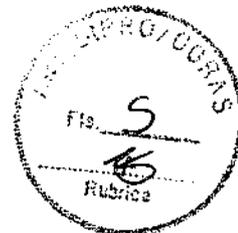
demonstra um contexto regulatório ainda inicial, no qual o *modus operandi* do mercado ainda era pouco conhecido;

Diante das lacunas da atual norma, Resolução CONSU 8, de 1998, tais como: conceitos pouco claros sobre os mecanismos de regulação assistenciais e financeiros; ausência de regras para os mecanismos financeiros como limites máximos, reajustes; ausência de regras claras para cobrança de fator moderador em internação etc, bem como dúvidas a respeito das divergências assistenciais entre o profissional assistente e operadoras de plano de saúde.

A Diretoria de Normas de Habilitação dos Produtos – DIPRO considera importante rever a norma atual e, para tal, se baseia em duas das competências da ANS, cuja lei de criação, Lei 9.961 de 28, de janeiro de 2000, estabeleceu, respectivamente, nos incisos VII e XXVIII do Art. 4º: estabelecer as normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde e avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Vale ressaltar, que a revisão da Resolução CONSU nº 8, de 1998, visa não só ao preenchimento das lacunas apresentadas anteriormente, como também atualizar as regras para a adoção e a utilização de mecanismos de regulação no setor suplementar de saúde de forma a compatibilizar com os normativos mais atuais vigentes.

A utilização de mecanismos de regulação financeiros e/ou assistenciais tem sido adotada em vários contextos internacionais, cujo objetivo é o compartilhamento do risco com o beneficiário na perspectiva de reduzir uma falha de mercado importante; o ‘Risco Moral’, ou seja, o sobreuso indevido de procedimentos em saúde por parte dos beneficiários, desse modo estimulando o uso consciente. Entretanto, é importante que esses mecanismos não reduzam o acesso e a utilização devida dos serviços de saúde pelos beneficiários, risco inerente quando implementados mecanismos de regulação. Além disso, com a utilização desses mecanismos de regulação e o consequente compartilhamento dos riscos, espera-se uma redução das contraprestações pecuniárias.



1. Contextualização

Embora a necessidade de repensar os mecanismos de regulação do uso de serviços de saúde tenha sido identificada há mais de uma década pela ANS, não foi possível ainda fechar uma proposta de Resolução Normativa que substituísse a Resolução CONSU 8, de 1998, o que demonstra a complexidade da questão. Entretanto, já existia muita discussão acumulada, que foi aproveitada pelo atual GT.

Em 2003, foi identificada a necessidade de criação de um Grupo de Trabalho especificamente para avaliar os mecanismos financeiros de regulação pela DIPRO composto por técnicos das seguintes gerências existentes à época: Gerência Geral Técnico-Assistencial dos Produtos – GGTAP; Gerência Geral de Estrutura Operação – GGEOP; e Gerência Geral Econômico Financeira dos Produtos – GGEFP. Em 2005, esse GT emitiu uma Nota Técnica (Nota Técnica nº 8/2005/GGTAP/GGEOP/GGEFP) e uma minuta de resolução sobre a aplicação dos mecanismos financeiros de regulação.

Em 2009 foi realizado um Estudo pela Comissão de Saúde do Instituto Brasileiro de Atuário – IBA sobre mecanismo financeiro de regulação e um estudo técnico para o estabelecimento dos limites de fator moderador baseado nos dados de Nota Técnica Referencial de Produtos - NTRP. Em 2010, foi elaborada nova proposta de resolução normativa feita pela GGEFP sobre mecanismos financeiros de regulação.

Apesar dos esforços da ANS para rever as normas sobre mecanismos financeiros de regulação, as propostas elaboradas não culminaram na publicação de uma nova resolução que substituísse o que dispunha a CONSU 8, de 1998, sobre o tema. Desse modo, em 2012 foi formado novo Grupo de Trabalho composto por representantes de todas as diretorias da ANS para discussão de mecanismos de regulação, tanto assistenciais, quanto financeiros. O trabalho desse GT redundou na criação, em maio de 2012, de uma Câmara Técnica para expandir a discussão referente aos mecanismos de regulação em parceria com o setor regulado. Foram realizadas 5 (cinco) reuniões da Câmara Técnica nas seguintes datas: 03/07/2012; 09/08/2012; 05/09/2012; 17/10/2012 e 13/11/2012. Em novembro de 2012, houve a finalização dos trabalhos da Câmara Técnica e o produto das discussões foi encaminhado para o Grupo de Trabalho

3/25

interno. Mais uma vez, a despeito da mobilização e aprofundamento das discussões, não se chegou a uma nova Resolução Normativa sobre o tema.

GT DIPRO/2015 - Mecanismos de Regulação de uso de serviços de saúde

Ante ao exposto, e diante do acúmulo de conhecimento relativo ao tema, a DIPRO, em novo esforço, cria o Grupo de Trabalho por meio da Portaria nº 02, de 29 de abril de 2015, composto por representantes da Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS; da Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos – GGREP; e da Assessoria Normativa da DIPRO, com o objetivo de rever as normas sobre os mecanismos de regulação de uso de serviços de saúde, buscando aproveitar as discussões realizadas ao longo dos anos, o que possibilitou ampliar a legitimidade e conferir maior robustez às discussões e recomendações do GT.

Para tal, levantou-se, inicialmente, toda a legislação e pareceres jurídicos referentes ao tema, bem como os documentos já previamente elaborados pelas áreas técnicas da ANS para subsidiar a discussão. Além disso, para aprofundamento teórico da discussão, foi feita uma revisão rápida da literatura internacional sobre a forma de utilização dos mecanismos financeiros de regulação em outros países e os impactos dessa utilização nas condições de saúde da população.

O GT realizou 10 (dez) reuniões, nas quais foram discutidos os seguintes tópicos:

1. Revisão das Leis e normativos vigentes sobre o tema: Lei 9.656, de 1998; Lei 9.961, de 2000; Resolução CONSU, de 1998;
2. Revisão de todas as minutas para revisão da Resolução CONSU 8, de 1998 elaboradas nos últimos anos sobre mecanismos de regulação de uso de serviços;
3. Comparação das propostas de mudanças constantes nas minutas com a norma vigente (CONSU 8, de 1998);
4. Mecanismos de Regulação Assistenciais: conceitos, abrangência, limites e vedações;
5. Normatização da junta médica ou odontológica em casos de Divergências Assistenciais;
6. Utilização do Conceito de Franquia nos moldes do mercado securitário: impedimentos legais e repercussões nos sistemas de saúde por meio de revisão bibliográfica;
7. Mecanismos de Regulação Financeiros: franquia e coparticipação – conceitos, limites, vedações e reajustes;
8. Mecanismos de Regulação Financeiros em internações hospitalares;



9. Discussão de Mecanismos de regulação em contextos internacionais, em particular o modelo americano;
10. Elaboração de Cenários para a normatização dos mecanismos de Regulação Financeiros;
11. Avaliação do Impacto Regulatório com a revisão da Resolução CONSU 8, de 1998.

2. Descrição do Problema

A partir do exposto, pode-se abordar as questões inerentes ao tema em dois grandes grupos, a saber:

- Presença de dilema entre o uso Mecanismo de Regulação que desincentive o Risco Moral, estimulando o uso consciente e a redução de acesso de serviços de saúde necessários a assistência à saúde.
- Presença de lacunas regulatórias no Normativo vigente que trata do uso de Mecanismo de Regulação.

3. Descrição dos Objetivos

A partir da constituição do Grupo Técnico e as discussões envolvidas ao tema, pode-se pontuar os resultados pretendidos, considerando as causas do problema, a saber:

- Atualizar o normativo vigente.
- Conceituar e definir os tipos de Mecanismos de Regulação.
- Estabelecer os requisitos para a utilização de Mecanismos de Regulação.
- Definir as vedações para utilização de Mecanismos de Regulação.
- Conceituar e definir os tipos de Mecanismos de Regulação Financeira.
- Estabelecer limites máximos e regras para reajuste do Mecanismo de Regulação Financeira.
- Conceituar e detalhar o instrumento de Junta Médica ou Odontológica.

4. Descrição das premissas da proposta

A construção da proposta, assim como, dos objetivos pretendidos teve como ponto de partida os conceitos e premissas fundamentais consagradas na legislação vigente, tais como a Lei nº 9.656, de 1998, e a própria Resolução Consu nº 8, de 1998, exemplificadas a seguir:

- Utilizar o conhecimento acumulado das discussões realizadas ao longo dos anos.
- Permitir o gerenciamento das ações de saúde realizado pelas operadoras, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, na Lei n.º 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui propostos.
- Diminuir a assimetria de informação, entendida como o desequilíbrio do conhecimento de informação necessária a tomada decisão entre agentes.
- Diminuir o Risco Moral sem prejudicar o acesso aos serviços de saúde necessários do beneficiário.
- Não permitir o repasse integral dos custos assistenciais ao beneficiário.
- Simplicidade, transparência, previsibilidade.

5. Da Formulação da Proposta

5.1 Fundamentação - Porque não adotar o conceito de franquia do mercado securitário.

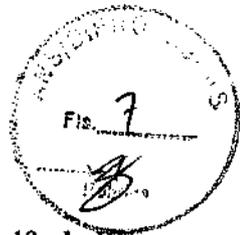
Diante de frequentes demandas junto a esta Agência pela mudança do conceito de “Franquia” no setor suplementar de saúde, para que fosse adotada a aceção utilizada pelo mercado de seguros; e entendendo que uma mudança conceitual dessa natureza no setor saúde acarretaria grande impacto na saúde suplementar, o GT buscou avaliar a questão por dois pontos de vista: o jurídico e o técnico-assistencial. Assim, serão feitas, preliminarmente, considerações acerca do conceito de franquia nos moldes do mercado de seguros.

Do Ponto de Vista Jurídico

Em 2012, a Assessoria Normativa dos Produtos – ASSNP/DIPRO fez, entre outros, o seguinte questionamento à Procuradoria-Geral Federal junto à ANS:

“Possibilidade de a ANS permitir a criação de produto com estipulação de franquia, desde que observadas as restrições legais, em especial, a do inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98.”

A Procuradoria-Geral Federal junto à ANS faz os seguintes esclarecimentos por meio do Parecer nº 414/2013/GECOS/PROGE – ANS/PGF exarado pela Gerência de Consultoria Normativa e contido no processo ANS 33902.527905/2012-60 (*vide anexo*):



O parecer explicita o conceito de 'Plano de Saúde' definido no inciso I do art. 1º da Lei 9.656, de 1998, e afirma que, para operar um plano de saúde, todos os requisitos contidos nesse conceito devem ser atendidos integralmente pelas operadoras, quais sejam:

- a) Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistências a preço pré ou pós-estabelecido;
- b) Por prazo indeterminado;
- c) 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 ou referenciada;
- d) Visando assistência médica, hospitalar e odontológica;
- e) **A ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.** (Grifo da Procuradoria).

A Procuradoria reporta-se à alínea "e" e argumenta que a assistência deverá ser paga integral ou parcialmente pela operadora mediante reembolso ou pagamento direto, por conta e ordem do consumidor, e conclui que:

"...para configurar-se enquanto plano privado de assistência à saúde, a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais deve ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso (típico de seguro) ou pagamento direto ao prestador".

Desse modo, se a operadora deve pagar total ou parcialmente a cobertura do procedimento, não poderá haver procedimento pago integralmente pelo beneficiário, em consonância com a regra já estabelecida pela CONSU 8, de 1998, com base na Lei 9.656, de 1998.

A Procuradoria ainda faz uma análise sobre a compatibilidade desta regra, estabelecida no inciso I do Parágrafo 1º da Lei 9.656/98, quando conceitua plano de saúde, e a previsão de franquia, prevista no inciso VIII, do art. 16 da referida Lei, afirmando que antes do advento da Lei 9.656, de 1998, praticava-se no mercado de seguro saúde o estabelecimento de franquia,

regulamentado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, de acordo com o Art. 130 do Decreto-Lei 73:

“Art. 130. A garantia do Seguro Saúde constituirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica persistente da assistência médico-hospitalar ao segurado”.

“§ 1º A cobertura do Seguro Saúde ficará sujeita ao regime de franquia de acordo com os critérios fixados pelo CNSP”.

O parecer da Procuradoria apresenta a definição de franquia de acordo com a SUSEP: *“É o valor, expresso em apólice, que representa a parte do prejuízo que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado”.*

Entretanto, a Procuradora afirma que *“...a definição de franquia no mercado securitário (diga-se, não na saúde suplementar) é conferida pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP”.* Desse forma, conclui que o termo “Franquia”, contido na Lei 9.656, de 1998, não pode ser entendido como sinônimo do mesmo termo quando utilizado no mercado de seguros e afirma que a definição de franquia no setor suplementar cabe à ANS, observadas as peculiaridades do mercado de saúde suplementar e a restrição prevista no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656, de 1998, como se segue:

“...não se pode afirmar que se trata da mesma “franquia”, com as mesmas peculiaridades do mercado de saúde suplementar, pois os normativos setoriais têm que ser observados, inclusive a restrição prevista no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, cabendo à ANS a sua definição”.

A Procuradoria ressalta, ainda, que *“a franquia era prevista para seguro saúde antes do advento da Lei 9.656/98”* e afirma: *“Depreende-se, portanto, que eram mecanismos de regulação antes do advento da Lei 9.656/98, o instituto de coparticipação para os planos de saúde e da franquia para os seguros-saúde”.*

O Parecer afirma que, na primeira versão da Lei 9.656, de 1998, havia distinção entre Plano de Saúde e Seguro Saúde, permitindo, desse modo, a utilização de franquia. Entretanto, a Lei foi modificada, e eliminou-se a distinção entre Plano de Saúde e Seguro Saúde, deixando



claro que, para qualquer tipo de empresa, para operar plano de saúde, deve seguir a mesma regra: “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”.

Ressalta que a Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência saúde estabeleceu expressamente em seu Art. 2º que: “enquadra-se seguro saúde, como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde, como operadora de plano de assistência à saúde”.

Para finalizar, o Parecer afirma:

“...com as mudanças na Lei 9.656/98, os conceitos de franquia e coparticipação muito se assemelham, considerando as restrições trazidas pelo próprio inciso I, do art. 1º (Lei 9.656/98)”.

“...um dos pontos que chama atenção concerne no fato de que, na redação original do dispositivo, o contrato de seguro poderia prever além da franquia uma limitação de cobertura, hoje inadmitida (ver redação do inciso II do art. 2º da redação original acima citada)”.

Segue a Conclusão do Parecer 414/2013/GECOS/PROGE da Procuradoria Federal junto à ANS:

“Pelo exposto, considerando a previsão do inciso I, do art 1º da Lei 9.656/98, entende-se que a definição do conceito de franquia pela ANS deve atentar para a vedação legal de que a assistência (o procedimento) seja custeada integralmente pelo consumidor, além das demais restrições inerentes a qualquer fator de moderação (como, por exemplo, não ser capaz de restringir a utilização de beneficiários)”.

Esse Grupo de Trabalho concluiu, baseado no Parecer da Procuradoria-Geral junto à ANS, fundamentado na Lei 9656, de 1998, que:

9/25

Da Proposta

I – Conceitos Gerais:

1. Conceito de Mecanismos de Regulação de uso de serviços de saúde:

A CONSU 8, de 1998, alterada por meio da Resolução CONSU 15, de 1999, esboça um conceito de Mecanismos de Regulação do uso de serviços de Saúde de forma indireta, a saber:

Art. 1º da CONSU 8, de 1998:

“O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde de que trata o Inciso I do § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional, na Lei nº 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos”. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

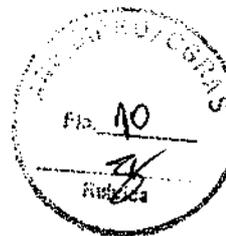
A atual proposta procura conceituar de forma clara, direta e inequívoca o que são Mecanismos de Regulação do Uso de Serviços de Saúde.

- São meios e recursos técnico-assistenciais, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde com a finalidade de gerenciar a demanda e o acesso aos serviços de saúde.

2. Diferenciar os conceitos de Mecanismos de Regulação Assistenciais e Financeiros:

A Resolução CONSU 8, de 1998, não conceitua e nem diferencia de forma clara mecanismos de Regulação Assistenciais e Financeiros. Foram estabelecidos pelo GT, conceitos para as duas modalidades de mecanismos de Regulação, que os diferenciam de forma mais clara:

- i. Mecanismos de Regulação Assistencial são requisitos técnico-assistenciais e administrativos utilizados pelas operadoras para a realização dos procedimentos de cobertura obrigatória desde que especificados em contrato; e



- ii. Mecanismos de Regulação Financeiros (Fator Moderador) são mecanismos de participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele realizado, estabelecidos em contrato, na forma de franquia ou coparticipação.

Desse modo, a nova RN pretende deixar mais claro que essas duas modalidades de mecanismos de regulação têm definições, características e regras próprias.

3. Estabelecer os requisitos gerais para a utilização de Mecanismos de Regulação:

Além disso, foram sugeridos que os requisitos gerais para a utilização de ambos os mecanismos de regulação fiquem destacados, quais sejam:

- A previsão e as regras de sua aplicação devem estar descritas de forma clara no contrato;
- Devem estar em consonância com os códigos de ética profissionais.
- Devem ser divulgados no livro ou indicador de serviços, no sítio eletrônico da operadora ou em qualquer mídia que venha a ser utilizada para contato com o beneficiário;
- Devem ser divulgados previamente no material publicitário no momento da comercialização do produto; e
- Não poderão ser estabelecidos de forma diferenciada por usuários, faixas etárias e graus de parentesco.

II – Dos Mecanismos de Regulação Assistenciais

1. Conceituar os tipos de Mecanismos de Regulação Assistencial:

A Resolução CONSU 8, de 1998, estabeleceu que as operadoras poderiam utilizar alguns tipos de mecanismos de regulação assistenciais, mas não os conceitua, apenas cita os mecanismos de 'autorização prévia'; 'porta de entrada', 'direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso'.

O GT elaborou os conceitos de forma a clarear o entendimento, bem como levou em consideração que os Mecanismos de Regulação Assistencial devem ser utilizados de forma a organizar o fluxo dos atendimentos e estabelecer modelos de atenção específicos. Entretanto, é

vedada a sua utilização com o objetivo de cercear o acesso aos procedimentos de maior complexidade e de cobertura obrigatória.

Além disso, como a expressão 'Referenciamento de Rede' tem sido entendida e utilizada como sinônimo de 'Direcionamento de Rede', a primeira expressão foi excluída para não causar confusão com o conceito de Rede Referenciada, usualmente utilizada pelas seguradoras.

Seguem os conceitos elaborados pelo GT:

- Autorização Prévia: exigência de autorização por parte do pessoal administrativo ou técnico da operadora para a realização de determinado procedimento;
- Porta de Entrada: serviços de saúde previamente estabelecidos pelas operadoras para oferecer o atendimento inicial por profissional generalista, sem prejuízo do acesso às especialidades e aos serviços de maior complexidade quando houver necessidade clínica;
- Hierarquização de acesso: coordenação de acesso às especialidades e aos serviços de maior complexidade, realizado pelo serviço de Porta de Entrada, com vistas à condução do itinerário terapêutico do paciente, sem prejuízo do acesso às especialidades e aos serviços de maior complexidade quando houver necessidade clínica;
- Direcionamento de Rede: condicionamento de cobertura de determinados procedimentos à sua realização em rede de prestadores de serviço específica previamente definida pela operadora.

2. Estabelecer os requisitos para a utilização de Mecanismos de Regulação Assistencial:

Além dos conceitos, estão sendo sugeridos os seguintes requisitos para sua utilização, com o intuito de assegurar o acesso aos procedimentos e eventos de maior complexidade e em tempo oportuno, compatibilizando, assim, com as coberturas mínimas obrigatórias estabelecidas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS; com as regras estabelecidas pelo normativo que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e pelo normativo que dispõe sobre a informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista.

M
J

Desse modo, o GT propõe os seguintes requisitos para a utilização de Mecanismos de Regulação Assistenciais pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde:

- Os Mecanismos de Regulação Assistenciais deverão ser operacionalizados respeitando o direito de acesso aos procedimentos de cobertura obrigatória, estabelecidos, tanto pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, quanto pelas cláusulas contratuais entre operadora e beneficiário;
- Os Mecanismos de Regulação Assistenciais deverão ser operacionalizados respeitando os prazos máximos de atendimento, estabelecidos pela ANS, inclusive nos casos de divergências assistenciais; e
- Quando da autorização prévia, em casos de negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista, credenciado ou não, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão informar ao beneficiário por escrito, detalhadamente, em linguagem clara e adequada o motivo da negativa de autorização do procedimento, e no prazo máximo estabelecido pelo normativo específico.

3. Definir as vedações de Mecanismos de Regulação Assistencial:

A CONSU 8, de 1998, já estabelecia alguns limites e vedações, os quais foram mantidos e ampliados na nova proposta, com a finalidade de deixar mais claro, tanto para as operadoras, quanto para os beneficiários e demais áreas técnicas da ANS, o que é permitido e o que é vedado. Importante destacar que as premissas da CONSU 8, de 1998, foram mantidas. Destaca-se a ampliação das vedações no que se refere aos casos de autorização prévia para alguns procedimentos de menor complexidade e mais usuais.

Desse modo, na nova proposta fica vedada a utilização de Mecanismos de Regulação Assistenciais nas seguintes situações:

- Situações de Urgência/Emergência;
- Utilizar Mecanismos de Regulação específicos por enfermidades/patologias;
- Baseados em parâmetros estatísticos de produtividade, para inibir a solicitação de procedimentos pelos prestadores de serviços, já estabelecido pela Súmula Normativa 16, de 2011;


13/25

- Concessão de desconto e brindes de forma a desestimular a utilização dos serviços de saúde;
- Impedir acesso a especialidades ou serviços de maior complexidade, de modo a respeitar as coberturas obrigatórias e os prazos máximos de atendimento;
- Condicionar a realização de um procedimento à prévia realização de outro, de modo a respeitar as coberturas obrigatórias e os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS.
- Negar procedimento se o profissional solicitante não pertencer à rede da operadora;
- Exigir a transcrição do pedido do profissional assistente não credenciado para a guia de autorização da operadora.
- É vedado exigir autorização prévia nas seguintes situações:
 - ✓ Consultas;
 - ✓ ‘Procedimentos Laboratoriais’ e ‘Anatomia Patológica e Citopatologia’, exceto aqueles classificados como Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e/ou com Diretriz de Utilização (DUT);
 - ✓ ‘Métodos Diagnósticos por Imagem’, exceto para aqueles classificados como Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e/ou com Diretriz de Utilização (DUT).

Em relação à vedação de negar procedimento se o profissional solicitante não pertencer à rede da operadora, é importante destacar que, para planos sem a opção de livre escolha, os honorários do profissional assistente, quando este não fizer parte da rede, não serão de responsabilidade da operadora.

4. Conceituar e estabelecer o instrumento de Junta Médica ou Odontológica:

A Resolução CONSU 8, de 1998, é bastante genérica em relação às divergências assistenciais, tema que tem criado controvérsias no setor suplementar de saúde.

A CONSU 8/98 apenas cita no inciso V do art. 4º:

“V - garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de

comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora”.

Embora haja a previsão de “junta” na CONSU 8, de 1998, de forma genérica, várias outras questões relativas às divergências assistenciais ficaram pendentes. Desse modo, foi proposto um maior detalhamento na nova Resolução, inclusive para compatibilização com a RN do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que já cita algumas regras para divergências assistências no caso de Órteses, Próteses e de Materiais Especiais – OPME, e com a RN 259, de 17 de junho de 2011, que normatiza os prazos para a realização de procedimentos.

Em relação às Divergências Assistenciais, foram estabelecidos:

i. Conceitos para ‘Divergências Assistenciais’ e para ‘Junta Médica ou Odontológica’:

- Divergência Assistencial: desacordo entre a operadora e o profissional de saúde assistente sobre a indicação de procedimento ou evento em saúde de cobertura obrigatória quando da autorização prévia.
- Junta Médica ou Odontológica: conjunto de profissionais de saúde reunidos presencialmente ou à distância com a finalidade específica de avaliar a indicação pelo profissional assistente de procedimento terapêutico ou diagnóstico nos casos de divergências assistenciais, com vistas à cobertura pelo plano de saúde, composta pelo profissional assistente; o profissional da operadora e um terceiro profissional escolhido de comum acordo pelos dois profissionais citados anteriormente.

ii. Critérios de escolha para o terceiro profissional;

- A escolha do profissional será preferencialmente feita em comum acordo, devendo a operadora e o profissional assistente indicar até 03 (três) nomes cada para esta finalidade, caso não haja acordo, os critérios de resolução da divergência assistencial serão definidos por Instrução Normativa estabelecida pela DIPRO.

iii. Regras e prazo para a realização da junta.

- A responsabilidade pelo honorário do terceiro profissional é da operadora;



17/25

- O deslocamento do beneficiário para fora do município de sua residência, quando necessário, fica a cargo da operadora.
- A junta médica ou odontológica pode ser realizada por meio não presencial, conforme acordado entre o profissional assistente e o profissional da operadora;
- O prazo máximo para a realização da junta médica ou odontológica e seu resultado deve obedecer aos prazos máximos de atendimento definidos pela ANS.

III – Dos Mecanismos de Regulação Financeiros

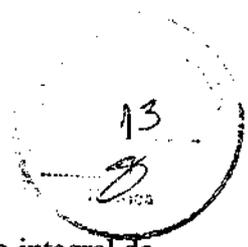
1. Estabelecer o conceito e os limites máximos:

A Resolução CONSU 8, de 1998, diferencia os conceitos entre ‘franquia’ e ‘coparticipação’, entretanto, na prática do mercado de saúde suplementar dos últimos 17 anos, esses termos têm sido utilizados de forma intercambiável.

Além disso, o Parecer nº 414/2013/GECOS/PROGE – ANS/PGF da Procuradoria Geral junto à ANS, já citado, evidencia que, levando-se em consideração os limites estabelecidos pela Lei 9.656/98 quanto à impossibilidade de pagamento integral de procedimentos por parte do beneficiário de plano de saúde, bem como a unificação da definição de Plano de Saúde e Operadora de Plano de Saúde, suprimindo as regras diferenciadas para Plano de Saúde e Seguro Saúde, os conceitos de ‘coparticipação’ e ‘franquia’, na saúde suplementar, tornam-se bastante assemelhados.

Desse modo, para conceituar ‘franquia’ e ‘coparticipação’ foram considerados além do uso corrente dos dois termos de forma indiscriminada pelo setor, o fato do Parecer da Procuradoria já citado explicitar que os dois conceitos, segundo o que preconiza a Lei 9.656/98, devem ser bastante assemelhados e devem ser estabelecidos pela ANS. Assim, o GT optou pela elaboração de um conceito único abrangendo as duas expressões.

Além disso, a despeito da pequena diferença conceitual estabelecida entre esses termos na CONSU 8, de 1998, para ambas as situações foram estabelecidas, entre outras, três vedações importantes com base na Lei 9.656, de 1998:



- É vedado estabelecer coparticipação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário;
- É vedado o estabelecimento de fator restritor severo ao acesso aos serviços; e
- É vedado estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

As três vedações importantes estabelecidas na CONSU 8, de 1998, foram mantidas na proposta da nova Resolução, entretanto, foram especificados também valores percentuais máximos por faixa, além de outros limitadores à participação financeira do beneficiário para a internação e para procedimentos ambulatoriais, assim, deixando mais claro o que seria um fator restritor severo, expressão utilizada de forma genérica na CONSU 8/98, mais sem especificação.

Nesse sentido, a proposta do GT é a seguinte:

Constituem-se Mecanismos de Regulação Financeiros ou Fatores Moderadores: Coparticipação ou Franquia.

- Para fins desta Resolução Normativa, coparticipação ou franquia é a participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele efetivamente realizado, podendo ser estabelecido em formato percentual ou em moeda corrente.
- Para efeito da utilização de Mecanismos de Regulação Financeiros, ficam instituídos os seguintes tipos de planos privados de assistência à saúde:
 - a. Tipo I: Plano com participação financeira do beneficiário dentro da seguinte faixa: maior que zero até 20% do valor do procedimento ($0% < \text{participação financeira} \leq 20%$);
 - b. Tipo II: Plano com participação financeira do beneficiário dentro da seguinte faixa: maior que 20% até 30% do valor do procedimento ($20% < \text{participação financeira} \leq 30%$);
 - c. Tipo III: Plano com participação financeira do beneficiário dentro da seguinte faixa: maior que 30% até 40% do valor do procedimento ($30% < \text{participação financeira} \leq 40%$).
- As faixas máximas de participação financeira dos beneficiários estabelecidos para cada tipologia deverão ser aplicadas considerando os limitadores adicionais estabelecidos para

os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de acordo com as regras estabelecidas na Resolução Normativa.

- Em cada tipologia, fica a critério das operadoras não cobrar coparticipação financeira do beneficiário para procedimentos ou grupos de procedimentos e eventos em saúde específicos.

A criação das tipologias tem como objetivo dar maior uniformidade, favorecendo a compreensão do beneficiário em relação aos planos que utilizam Mecanismos Financeiros de Regulação, propiciando maior comparabilidade e transparência.

Foi realizada pesquisa nos diversos países do mundo sobre a utilização de mecanismos financeiros de regulação. Em países nos quais o contexto é muito diferenciado do brasileiro, como França, Austrália ou Canadá, ficou mais difícil estabelecer um paralelo.

Embora nos Estados Unidos os mecanismos de 'franquia' e 'coparticipação' sejam utilizados de uma forma muito mais generalizada, tendo a franquia nos moldes do mercado de seguro, o mercado americano tem a peculiaridade de dividir os planos de saúde do ponto de vista de coparticipação em quatro grupos, com valores máximos por grupo, o que confere uma maior uniformidade aos tipos de planos que podem ser comercializados. Entre os quatro grupos, pelo menos dois devem ser obrigatoriamente comercializados pelas operadoras em cada área de comercialização e o valor máximo de coparticipação é de 40%.

Desse modo, levando-se em consideração essa experiência internacional com adaptações para a realidade brasileira e com a finalidade de dar mais homogeneidade; transparência; e comparabilidade entre os planos que utilizam mecanismos de regulação no setor suplementar brasileiro, optou-se pela utilização das três tipologias acima.

2. Definir os Requisitos para o uso de Mecanismos de Regulação Financeiros:

Foram estabelecidos os seguintes requisitos para utilização de Mecanismos de Regulação financeiros:

- a. As regras de participação financeira do beneficiário devem estar claramente descritas no instrumento contratual.



- b. Os planos devem ser enquadrados em um dos três tipos instituídos pela RN, respeitadas as faixas de valores máximos de participação financeira do beneficiário e demais limitadores estabelecidos para os procedimentos ambulatoriais e para a internação.
- c. O financiamento integral do procedimento por parte do beneficiário é vedado.
- d. A participação financeira do beneficiário deve ser paga exclusivamente à operadora após a efetivação do procedimento.
- e. A participação financeira do beneficiário para procedimentos ambulatoriais deverá cumprir os seguintes requisitos:
- ✓ A participação financeira máxima do beneficiário é aquela estabelecida para cada tipologia instituída na RN, desde que não ultrapasse ao valor correspondente a duas vezes o valor da sua contraprestação pecuniária;
 - ✓ A participação financeira do beneficiário poderá ser estabelecida de forma diferenciada por procedimentos ou grupos de procedimentos, desde que observe as faixas de valores máximos de participação financeira do beneficiário para cada um dos três tipos instituídos.
- f. A participação financeira do beneficiário em internações hospitalares deverá cumprir os seguintes requisitos:
- ✓ Para fins desta resolução, a internação hospitalar é considerada como evento único, sendo que a participação financeira do beneficiário não poderá ser estabelecida de forma diferenciada por enfermidades, categorias diagnósticas, procedimentos e/ou grupos de procedimentos;
 - ✓ Quando adotada, deve ser aplicada para todas as especialidades médicas;
 - ✓ Será estabelecida em valores pré-fixados, devendo o valor estar expresso no instrumento contratual em moeda corrente;
 - ✓ Não será estabelecida em percentuais sobre o valor do procedimento internação;
 - ✓ A participação financeira máxima do beneficiário a ser aplicada deverá ser limitada a duas vezes o valor da sua contraprestação pecuniária, desde que não ultrapasse os percentuais por faixa estabelecidos para cada tipologia instituída nesta RN do valor total da internação.
- g. Para internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias, foi proposto que seja permitida a fixação de participação financeira do beneficiário, por ano de contrato,

A handwritten signature in black ink, followed by the date '21/25' written in a smaller font.

crescente ou não, limitada às faixas percentuais estabelecidas para cada tipologia instituída sobre o valor total da internação contratualizado com o prestador.

O limitador adicional de duas vezes o valor da contraprestação pecuniária do beneficiário foi estabelecido com o objetivo de evitar fator restritor severo, levando-se em consideração a capacidade de pagamento do beneficiário.

3. Estabelecer os critérios do uso de Mecanismo de Regulação, quando da introdução de novos Procedimentos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:

Na Resolução CONSU nº 8, de 1998, não há previsão de como ficam as participações financeiras dos beneficiários quando da introdução de novos procedimentos e eventos em saúde no Rol da ANS. A atual proposta faz as seguintes recomendações:

- ✓ Quando o novo procedimento ou evento pertencer a um grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecida alguma participação financeira do beneficiário, o novo procedimento receberá o mesmo percentual ou valor do seu grupo;
- ✓ Quando o novo procedimento não pertencer a nenhum grupo predefinido ou se a operadora estabelecer participação financeira do beneficiário de forma individualizada para cada procedimento, caberá à operadora definir se haverá ou não coparticipação/franquia para o novo procedimento e qual será o valor ou percentual, observadas as regras dispostas na presente resolução; e
- ✓ A efetiva cobrança da participação financeira do beneficiário para o novo procedimento somente poderá ser aplicada posteriormente ao devido aditamento contratual.

4. Definir as vedações para a utilização de Mecanismos de Regulação Financeiros:

Parte das vedações já constavam da CONSU 8/98, mas estas foram ampliadas e adaptadas ao contexto atual da regulação:

Propõe-se a vedação das seguintes práticas no estabelecimento de mecanismos de regulação financeiros:

1. Financiamento integral do procedimento ou evento em saúde por parte do beneficiário;
2. Pagamento direto do beneficiário ao prestador de serviço;



3. Exigência de qualquer pagamento no ato da autorização do procedimento;
4. Estabelecimento de mecanismos de regulação financeiros diferenciados por usuários, faixas etárias, graus de parentesco e enfermidades dentro de um mesmo plano/contrato;
5. Estabelecimento diferenciado do valor da participação financeira do beneficiário por prestadores, excepcionado em caso de porta de entrada, direcionamento de rede e rede própria da operadora, quando então poderá haver redução ou até isenção total da participação financeira do beneficiário;
6. Estabelecimento diferenciado do valor da participação financeira do beneficiário por procedimento, conjunto de procedimentos e/ou enfermidades em internações hospitalares;
7. Estabelecimento de participação financeira do beneficiário em procedimentos ambulatoriais específica para órteses, próteses e materiais especiais (OPME) e medicamentos, devendo restringir-se ao procedimento realizado.

Além das vedações a algumas práticas, quando do estabelecimento de mecanismos de regulação financeiros, o GT propõe também a vedação da instituição de mecanismos de regulação financeiros para um determinado grupo de procedimentos e ações em saúde. Essa vedação do uso de mecanismos de regulação para estes procedimentos tem como justificativa que parte desses procedimentos é fundamental e não está sujeito ao chamado "Risco Moral" pelos próprios riscos e especificidades dos procedimentos; outra parte refere-se a procedimentos ou eventos em saúde que são estimulados, como os procedimentos de rastreamento/preventivos; e um terceiro grupo, que são de procedimentos voltados para saúde ocupacional, que por força legal, são obrigatórios.

Desse modo, foi proposta a vedação do estabelecimento de participação financeira do beneficiário para os seguintes grupos de procedimentos:

- ✓ Procedimentos de hemoterapia, quimioterapia oncológica, radioterapia e terapia renal substitutiva;
- ✓ Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;
- ✓ Nos seguintes procedimentos preventivos: coleta e citologia oncológica para prevenção de câncer de colo de útero na faixa etária de 25 a 64 anos, mamografia digital ou convencional em mulheres entre 50 e 69 anos, sangue oculto nas fezes e colonoscopia na faixa etária acima de 50 anos; e

A handwritten signature and the date '23/25' written in the bottom right corner of the page.

- ✓ Nos procedimentos e eventos em saúde voltados para saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.

5. Estabelecer Regras para o Reajuste dos Mecanismos de Regulação Financeiros:

Na CONSU 8, de 1998, não havia previsão de mecanismos de reajustes da participação financeira do beneficiário nos planos que possuíssem mecanismos de regulação financeiros. Na atual proposta, a participação financeira do beneficiário, coparticipação ou franquia, poderá sofrer reajustes desde que preservada a anualidade dos contratos.

- Para os planos individuais ou familiares, os valores relativos à participação financeira do beneficiário não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao reajuste anual autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária, observadas ainda as limitações dispostas nesta Resolução.
- Nos contratos de planos coletivos, a participação financeira do beneficiário será feita por livre negociação, observadas as limitações dispostas na nova Resolução, devendo ser comunicada à ANS pela Internet, por meio de aplicativo RPC, na forma da legislação em vigor.

Propõe-se ainda, que esta nova Resolução se aplique aos contratos celebrados na vigência da Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores à sua vigência, a partir das respectivas adaptações, além de revogar a Resolução CONSU nº 8, de 1998.

Encaminha-se a atual proposta para discussão com as demais Diretorias da Agência Nacional de Saúde Suplementar e posterior discussão com os demais atores do setor.


Adenôr Almeida Pimenta Filho
Especialista em Regulação
DIRAD/DIPRO


Cristiane Juliane Arruda
Especialista em Regulação
CORAP/GEMOP/GGREP/DIPRO



Danielle Conte Alves
Especialista em Regulação
COERA/GEARA/GGREP/DIPRO

Patrícia Nascimento Góes
Especialista em Regulação
GGRAS/DIPRO

Ana Paula Silva Cavalcante
Coordenadora do GT
GGRAS/DIPRO

Felipe Umeda Valle
Coordenador Substituto
Gerente
GEARA/GGRAS/DIPRO

Rochele Santos
Gerente
GGRAS/DIPRO

Rafael Pedreira Vinhas
Gerente-Geral
GGREP/DIPRO

Raquel Medeiros Lisboa
Gerente-Geral
GGRAS/DIPRO

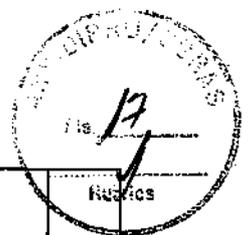
LISTA DE PRESENÇA

Data: 19/05/2015

HORÁRIO: 14h às 16h

LOCAL: ANS -sala 2 - 12º ANDAR

Nº	NOME	INSTITUIÇÃO/SETOR	E-MAIL	CONTATO
1.	ALESSANDRA BEATRIZ MIRANDA LIMA DE ABREU	DIRAD		
2.	ANA PAULA SILVA CAVALCANTE	GGRAS	<i>ana.paula@ans.gov.br</i>	0402 6113
3.	CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA	GGEOP	<i>cristiane@ans.gov.br</i>	0422
4.	DANIELLE CONTE ALVES	GGEOP		
5.	FELIPE UMEDA VALLE	GGEOP		0422
6.	PATRICIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA SILVA	GGEFF	<i>patricia.leao@ans.gov.br</i>	0455
7.	PATRICIA NASCIMENTO GÓES	DIRAD	<i>patricia.goes@ans.gov.br</i>	0413
8.	RAQUEL MEDEIROS LISBOA	GGRAS	<i>Raquel H Lisboa</i>	0429
9.	ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS	GGRAS	<i>Rochelle A M Santos</i>	0438
10.	JOÃO LUIS BARROCA DE ANDREA	GGRAS	<i>Barroca</i>	0424
11.	FLÁVIA TANAKA	DIRAD/DIPRO	<i>flavia.tanaka</i>	0047
12.	LENISE SECCHIN	DIRAD/DIPRO	<i>lenise.secchin@ans.gov.br</i>	0413



Vanessa Ventura de Assis
Vanessa Olimaria
Karle Collo
 GGRAS/GOPAS
 Karle Collo
 0429

ATA DE REUNIÃO

GT Mecanismos de Regulação do uso dos Serviços de saúde

LOCAL: ANS - RJ / 12º ANDAR

DATA: 19 / 05 / 2015

HORÁRIO: 14:00 às 16:00hs

ENCAMINHAMENTOS DEFINIDOS:

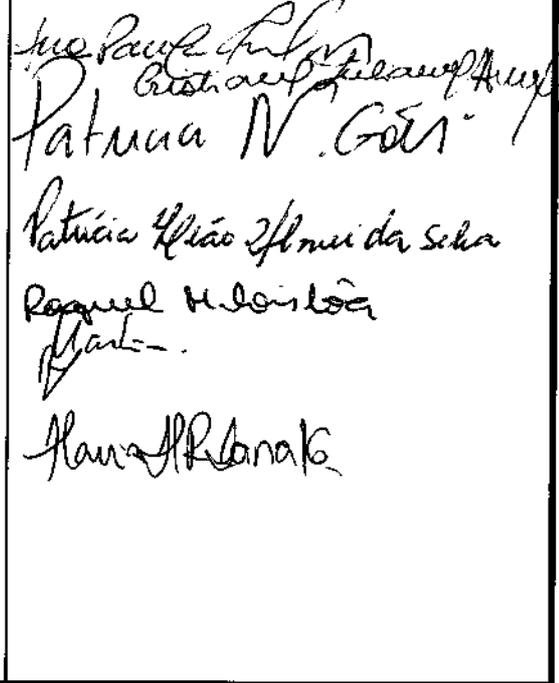
Primeira reunião do Grupo de Trabalho sobre Mecanismos de Regulação. Ocorreu em dezenove de maio de 2015, na sala 2 do 12º andar da sede da ANS das quatorze e trinta às dezesseis e trinta. Participaram os seguintes servidores da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO): Ana Paula Silva Cavalcante (GGRAS), Cristiane Julianelli Arruda (GGEOP), Felipe Umeda Valle (GGEOP), Flávia Tanaka (DIRAD), Karla Coelho (GGRAS), Lenise Secchin (DIRAD), Patrícia Leão Vieira de Almeida Silva (GGEFP), Patrícia Nascimento Góes (DIRAD), Raquel Medeiros Lisboa (GGRAS), Rochele Alberto Martins Santos (GGRAS), João Luis Barroca de Andrea (DIRAD), Vanessa Ventura de Oliveira (ASSNT). Ana Paula, coordenadora do Grupo de Trabalho, inicia a reunião explicando que a mesma tem o objetivo de homogeneizar o conhecimento entre membros que já estavam envolvidos no processo de trabalho sobre os Mecanismos de Regulação e os que são novos no grupo. Para tanto foi apresentado o estado da arte detalhando as normas vigentes (Lei 9656/98, Lei 9961/00 e Consu 8/98) e a proposta de minuta elaborada pelo Grupo de Trabalho anterior. Ana Paula fala sobre os conceitos de franquia e coparticipação. Flávia reportou que em seu entendimento esses conceitos estão claros na Consu 8, embora haja incoerência sobre os mesmos em tal norma. Rochele e Felipe esclarecem que conceitos como hierarquização e porta de entrada não estão claramente expressos na proposta de alteração da norma por estratégia do Grupo de Trabalho realizado há alguns anos atrás. Barroca diz que a estratégia de divulgação tem que ser pensada, mas que o Grupo de Trabalho tem que tratar dos mecanismos de regulação de acesso e fator moderador de uso, pois são formas de estimular o bom uso dos planos de saúde. Flávia explica que a questão da junta médica foi parcialmente resolvida com o advento da RN 259. Barroca aponta que a junta médica não pode ser um fator moderador. Rochele fala sobre a escolha dos componentes da junta médica.

que na proposta as opções serão enviadas pelos médicos e atualmente é feito pelas operadoras. A apresentação aborda o tema "livre escolha na coparticipação" e Flávia diz que enquanto estava na DIFIS nunca viu um caso de coparticipação relacionada a reembolso. E enfatiza que o Grupo de Trabalho deve se ater à regra e não regular a exceção. Barroca explica que reembolso está citado na Consu 8 para induzir o beneficiário a procurar planos com rede credenciada. Ana Paula diz que se a RN não falar de franquias será criado um vácuo regulatório. Barroca diz que a franquias não pode ser ignorada porque alguns planos foram vendidos com franquias e porque a Lei 9656/98 aborda esse assunto. Patrícia Leão diz que as franquias foram muito discutidas no grupo passado, mas que se optou por omitir o nome para que as operadoras não passassem a praticar o conceito de "franquias de carro" na saúde suplementar. Flávia diz que não é possível se distanciar do termo. Patrícia Leão afirma que o mercado está ávido por modelar planos com franquias. Flávia diz que este Grupo de Trabalho deve se ater ao conceito de franquias como fator moderador e propor discussão mais ampla no Grupo de Trabalho de acesso individual à contratação de planos de saúde. Karla explica que o grupo passado abriu mão do termo franquias com objetivo de reservá-lo para um produto que seria criado. Rochele diz que o conceito desse novo produto iria de encontro a tudo que se sabe sobre assistência à saúde. Ana Paula começa a apresentar a revisão da minuta da CT sobre Mecanismos de Regulação. Barroca diz que essa minuta foi minuciosamente revista em 2014. Flávia enfatiza que o objetivo desse Grupo de Trabalho é equalizar e amadurecer a discussão dentro da DIPRO, aproveitando o que já foi feito para, enfim, colocar em prática. Felipe diz que se for falar de franquias na RN há que se conceituar e dizer como ela pode ser implementada. Rochele sugere que a norma aborde franquias relacionando-a com planos odontológicos. Rochele diz que no Grupo de Trabalho realizado em 2012 a DIFIS advertiu sobre o cuidado a se utilizar os termos porta de entrada e hierarquização. O grupo discute sobre planos de atendimento básica. Raquel diz que a ANS deve amarrar esses planos pelas vedações. Barroca diz que a norma deve deixar claro quais são os resultados em saúde que a ANS vai exigir dos planos. Felipe diz que a ANS se preocupa com esclarecimentos prestados aos beneficiários para o momento da contratação do plano, mas que deve elucidar sobre o uso dos planos. Felipe explica o parágrafo primeiro do artigo sexto da Consu 8: a contraprestação pecuniária vem explícita no contrato e deve ser atualizada de acordo com o índice de ajuste que consta no contrato. O

es
ter
de
ator
de
is de
resolvi
ica não
compone

19
1

Grupo discute sobre o artigo oitavo, que versa sobre as operadoras serem obrigadas a divulgarem tabela de referência para coparticipação em seus sites. Flávia entende que isso pode influenciar na concorrência caso divulgue tabela de valores de pagamentos praticados pelas operadoras à rede prestadora. O grupo acordou que é necessário melhorar a redação. O Grupo decide finalizar a reunião após a leitura do artigo oitavo e marca a próxima reunião para vinte e nove de maio de 2015, às 10h, em sala a confirmar.

PARTICIPANTES GGRAS:	ASSINATURA
ANA PAULA SILVA CAVALCANTE CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA DANIELLE CONTE ALVES FELIPE UMEDA VALLE PATRÍCIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA DA SILVA RAQUEL MEDEIROS LISBOA ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS JOÃO LUIS BARROCA DE ANDREA FLÁVIA TANAKA LENISE SECCHIN VANESSA VENTURA DE OLIVEIRA KARLA SANTA CRUZ COELHO PATRÍCIA NASCIMENTO GÓES	 <p>Handwritten signatures of the participants, including Ana Paula Silva Cavalcante, Cristiane Julianelli Arruda, Patrícia N. Góes, Patrícia Leão Vieira de Almeida da Silva, Raquel Medeiros Lisboa, and Flávia Tanaka.</p>



Agência Nacional de
Saúde Suplementar

REUNIÃO
GT de Mecanismos de Regulação do uso dos serviços de saúde

LISTA DE PRESENÇA

Data: 09/06/2015

HORÁRIO: 14h às 16h

LOCAL: ANS - 12º ANDAR

Nº	NOME	INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO	ASSINATURA	CONTATO
1.	ANA PAULA SILVA CAVALCANTE	GGRAS	<i>Ana Paula Silva Cavalcante</i>	0402
2.	CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA	GGEOP	<i>Cristiane Julianelli Arruda</i>	0422
3.	DANIELLE CONTE ALVES	GGEOP	<i>Danielle Conte Alves</i>	0422
4.	FELIPE UMEDA VALLE	GGEOP		
5.	PATRICIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA DA SILVA	GGEFF	<i>Patricia Leão Almeida Silva</i>	0455
6.	RAQUEL MEDEIROS LISBOA	GGRAS	<i>Raquel M. de Lisboa</i>	0429
7.	ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS	GGRAS	<i>Rochelle M. Santos</i>	0938
8.	JOÃO LUIS BARROCA DE ANDREA	DIPRO		
9.	FLÁVIA TANAKA	DIRAD/DIPRO	<i>Flávia Tanaka</i>	0047
10.	LENISE SECCHIN	DIRAD/DIPRO		
11.	VANESSA VENTURA DE OLIVEIRA	ASSNT/DIPRO		
12.	KARLA SANTA CRUZ COELHO	GEAS/GGRAS		
13.	PATRICIA NASCIMENTO GÓES	DIRAD/DIPRO	<i>Patrícia N. Góes</i>	0413

ALEXANDRE H. FONSECA NETO ASSNT/DIRAD/DIPRO

Afonso

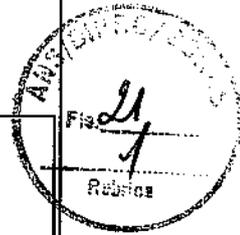
0426

26

LISTA DE PRESENÇA

Data: 16/06/2015		HORÁRIO: 14h às 16h	LOCAL: ANS - 12º ANDAR	
Nº	NOME	INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO	ASSINATURA	CONTATO
1.	ANA PAULA SILVA CAVALCANTE	GGRAS		
2.	CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA	GGEOP		
3.	DANIELLE CONTE ALVES	GGEOP	<i>[Signature]</i>	0422
4.	FELIPE UMEDA VALLE	GGEOP		
5.	PATRICIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA DA SILVA	GGEFF	<i>[Signature]</i>	0455
6.	RAQUEL MEDEIROS LISBOA	GGRAS		
7.	ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS	GGRAS	<i>[Signature]</i>	0438
8.	JOÃO LUIS BARROCA DE ANDREA FLÁVIA TANAKA	DIPRO		
9.	LENISE SECCHIN	DIRAD/DIPRO		
10.	VANESSA VENTURA DE OLIVEIRA	DIRAD/DIPRO		
11.	PATRICIA NASCIMENTO GÓES	ASSNT/DIPRO		
12.		DIRAD/DIPRO	<i>[Signature]</i>	0413

Ademir Almeida Pinheiro Filho Diret/DIPRO



LISTA DE PRESENÇA
Data: 25/06/2015
HORÁRIO: 14h às 16h
LOCAL: ANS - 12º ANDAR

Nº	NOME	INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO	ASSINATURA	CONTATO
1.	ANA PAULA SILVA CAVALCANTE	GGRAS		0402
2.	CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA	GGEOP		
3.	DANIELLE CONTE ALVES	GGEOP		
4.	FELIPE UMEDA VALLE	GGEOP		0422
5.	PATRICIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA DA SILVA	GGEFP		0455
6.	RAQUEL MEDEIROS LISBOA	GGRAS		0429
7.	ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS	GGRAS		0438
8.	JOÃO LUIS BARROCA DE ANDREA	DIPRO		0424
9.	FLÁVIA TANAKA	DIRAD/DIPRO		
10.	LENISE SECCHIN	DIRAD/DIPRO		
11.	VANESSA VENTURA DE OLIVEIRA	ASSNT/DIPRO		
12.	PATRICIA NASCIMENTO GÓES	DIRAD/DIPRO		0413
13.	ADENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO	DIRAD/DIPRO		



LISTA DE PRESENÇA

Data: 30/06/2015

HORÁRIO: 14h às 16h

LOCAL: ANS - 12º ANDAR

Nº	NOME	INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO	ASSINATURA	CONTATO
1.	ANA PAULA SILVA CAVALCANTE	GGRAS		
2.	CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA	GGEOP	<i>CPA</i>	0422
3.	DANIELLE CONTE ALVES	GGEOP	<i>ACA</i>	0422
4.	FELIPE UMEDA VALLE	GGEOP	<i>PU</i>	0474
5.	PATRICIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA DA SILVA	GGEFF		
6.	RAQUEL MEDEIROS LISBOA	GGRAS		
7.	ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS	GGRAS		
8.	JOÃO LUIS BARROCA DE ANDREA	DIPRO	<i>JS</i>	0424
9.	FLÁVIA TANAKA	DIRAD/DIPRO		
10.	LENISE SECCHIN	DIRAD/DIPRO		
11.	VANESSA VENTURA DE OLIVEIRA	ASSNT/DIPRO		
12.	PATRICIA NASCIMENTO GÓES	DIRAD/DIPRO		
13.	ADENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO	DIRAD/DIPRO	<i>AB</i>	0135
14.	MÍRIAN C. LOPES	GGEFF		

15. Lu.2 Ricardo T. Bocellar

ASSNT / DIPRO



LISTA DE PRESENÇA

Data: 30/06/2015		HORÁRIO: 14h às 16h		LOCAL: ANS - 12º ANDAR	
Nº	NOME	INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO	ASSINATURA	CONTATO	
1.	ANA PAULA SILVA CAVALCANTE	GGRAS	<i>Ana Paula Cavalcante</i>	0402	
2.	CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA	GGEOP			
3.	DANIELLE CONTE ALVES	GGEOP			
4.	FELIPE UMEDA VALLE	GGEOP			
5.	PATRICIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA DA SILVA	GGEOP GROP/GSRP	<i>Patricia Leão Almeida Silva</i>	0425	
6.	RAQUEL MEDEIROS LISBOA	GGRAS			
7.	ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS	GGRAS	<i>Rochelle</i>		
8.	JOÃO LUIS BARROCA DE ANDREA	DIPRO	<i>João Luis Barroca de Andrea</i>	0424	
9.	FLÁVIA TANAKA	DIRAD/DIPRO	<i>Flávia Tanaka</i>	0047	
10.	LENISE SECCHIN	DIRAD/DIPRO			
11.	VANESSA VENTURA DE OLIVEIRA	ASSNT/DIPRO			
12.	PATRICIA NASCIMENTO GÓES	DIRAD/DIPRO	<i>Patricia Góes</i>	0413	
13.	ADENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO	DIRAD/DIPRO	<i>Adenor Pimenta Filho</i>		

Miriam e. Lopes

0368



LISTA DE PRESEÇA

Data: 21/07/2015

HORÁRIO: 14h às 16h

LOCAL: ANS - 12º ANDAR

Nº	NOME	INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO	ASSINATURA	CONTATO
1.	ANA PAULA SILVA CAVALCANTE	GGRAS		
2.	CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA	GGEOP	<i>CA</i>	0422
3.	DANIELLE CONTE ALVES	GGEOP	<i>KA</i>	0422.
4.	FELIPE UMEDA VALLE	GGEOP		
5.	PATRICIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA DA SILVA	GGEFP		
6.	RAQUEL MEDEIROS LISBOA	GGRAS	<i>RM</i>	
7.	ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS	GGRAS	<i>RS</i>	
8.	JOÃO LUIS BARROCA DE ANDREA	DIPRO		
9.	FLÁVIA TANAKA	DIRAD/DIPRO		
10.	LENISE SECCHIN	DIRAD/DIPRO		
11.	VANESSA VENTURA DE OLIVEIRA	ASSNT/DIPRO		
12.	PATRICIA NASCIMENTO GÓES	DIRAD/DIPRO	<i>PG</i>	0413
13.	AENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO	DIRAD/DIPRO		
14.	MÍRIAN C. LOPES	GGEFP		

25
4

LISTA DE PRESEÇA

Data: 28/07/2015

HORÁRIO: 14h às 16h

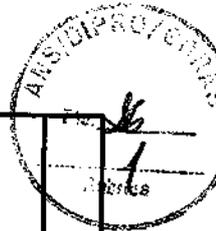
LOCAL: ANS - 12º ANDAR

Nº	NOME	INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO	ASSINATURA	CONTATO
1.	ANA PAULA SILVA CAVALCANTE	GGRAS	<i>Ana Paula Silva</i>	0402
2.	CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA	GGEOP	<i>CA</i>	0422
3.	DANIELLE CONTE ALVES	GGEOP	<i>DA</i>	0422
4.	FELIPE UMEIDA VALLE	GGEOP		
5.	PATRICIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA DA SILVA	GGEFP		
6.	RAQUEL MEDEIROS LISBOA	GGRAS		
7.	ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS	GGRAS		
8.	JOÃO LUIS BARROCA DE ANDREA	DIPRO		
9.	FLÁVIA TANAKA	DIRAD/DIPRO		
10.	LENISE SECCHIN	DIRAD/DIPRO		
11.	VANESSA VENTURA DE OLIVEIRA	ASSNT/DIPRO		
12.	PATRICIA NASCIMENTO GÓES	DIRAD/DIPRO	<i>PG</i>	0413
13.	ADENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO	DIRAD/DIPRO	<i>AD</i>	
14.	MIRIAN C. LOPES	GGEFP	<i>Mirian C. Lopes</i>	

15. *FRY EDUARDO BONFIM*

GGRAS

0416





Agência Nacional de
Saúde Suplementar

GT de Mecanismos de Regulação do uso dos serviços de saúde

LISTA DE PRESENÇA

Data: 04/08/2015

HORÁRIO: 14h às 16h

LOCAL: ANS - 12º ANDAR

Nº	NOME	INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO	ASSINATURA	CONTATO
1.	ANA PAULA SILVA CAVALCANTE	GGRAS	<i>[Handwritten Signature]</i>	0402
2.	CRISTIANE JULIANELLI ARRUDA	GGREP		
3.	DANIELLE CONTE ALVES	GGREP		
4.	FELIPE UMEDA VALLE	GGREP		
5.	PATRICIA LEÃO VIEIRA DE ALMEIDA DA SILVA	GGREP		
6.	RAQUEL MEDEIROS LISBOA	GGRAS		
7.	ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS	GGRAS		
8.	JOÃO LUIS BARROGA DE ANDREA	DIPRO		
9.	FLÁVIA TANAKA	DIRAD/DIPRO		
10.	LENISE SECCHIN	DIRAD/DIPRO		
11.	VANESSA VENTURA DE OLIVEIRA	ASSNT/DIPRO		
12.	PATRICIA NASCIMENTO GÓES	DIRAD/DIPRO	<i>[Handwritten Signature]</i>	0413
13.	ADENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO	DIRAD/DIPRO		
14.	MÍRIAN C. LOPES	GGREP		
15.	FRANCISCO EDILBERTO G. BONFIM	GGRAS	<i>[Handwritten Signature]</i>	0416

[Handwritten marks and stamp]



Grupo Técnico - GT

Mecanismos de Regulação do

Uso de Serviços de Saúde

Recomendações do GT

Novembro/2015



Justificativa da Atuação Regulatória



Justificativa

- O regulamento vigente sobre mecanismos de regulação foi elaborado há mais de 10 anos e não contempla a evolução do setor regulado.

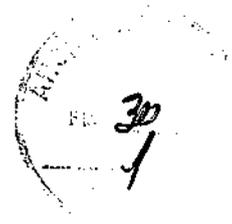
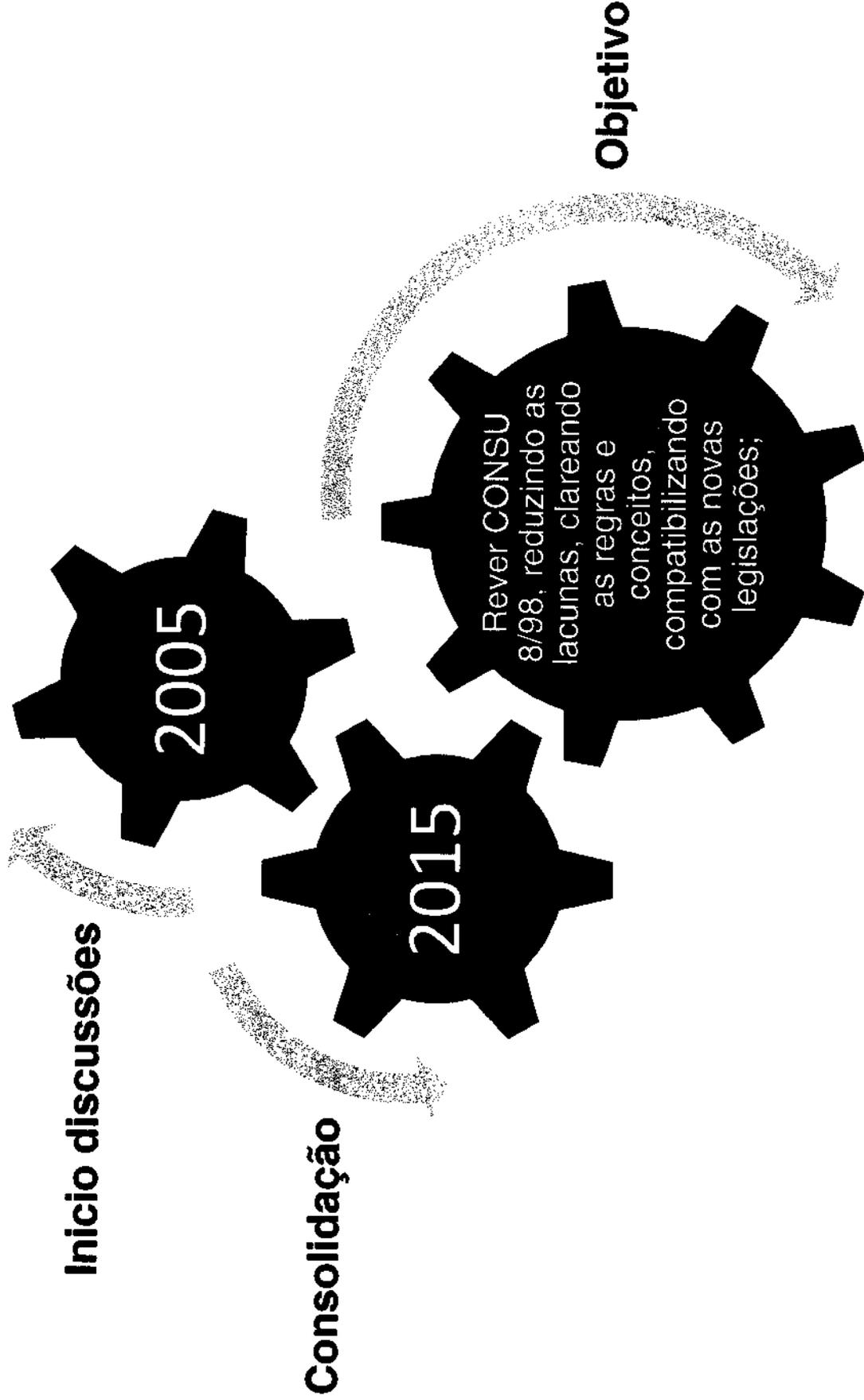
Natureza

- **REVISÃO:**
- CONSU n.º 8, de 03 de novembro de 1998





CONTEXTO





RECOMENDAÇÕES DO GT

I - Geral

- 1. Conceituar Mecanismos de Regulação de uso de serviços de saúde
- 2 - Diferenciar os conceitos de mecanismos assistenciais e financeiros
- 3 - Estabelecer os requisitos para a utilização de mecanismos de regulação

II - Mecanismos de Regulação Assistencial

- 4 . Conceituar Mecanismos de Regulação de uso de serviços de saúde
- 5. Estabelecer os requisitos para a utilização de mecanismos de regulação

III – Mecanismos de Regulação Financeiros

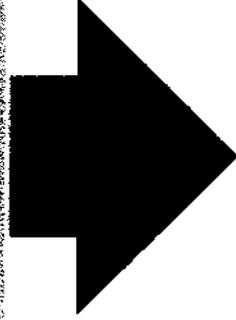
- 6. Estabelecer o conceito, critérios e os limites máximos
- 7. Definir as vedações
- 8. Estabelecer regras para o reajuste dos Mecanismos de Regulação Financeiros

RECOMENDAÇÕES DO GT - GERAL

1. Conceituar Mecanismos de Regulação de uso de serviços de saúde

Conceito

São meios e recursos técnico-assistenciais, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde com a finalidade de gerenciar a demanda, acesso ou serviços de saúde.



Premissas

O regramento deve reduzir o Risco Moral ou seja o uso indevido de serviços.

Não deve dificultar o acesso ao uso devido e esperado dos serviços de saúde.

Lei 9.656/98 --beneficiário não deve pagar o procedimento de forma integral.

RECOMENDAÇÕES DO GT - GERAL



2. Diferenciar os conceitos de mecanismos assistenciais e financeiros

M.Regulação Assistencial

São requisitos técnicos e administrativos utilizados pelas operadoras para a realização dos procedimentos de cobertura obrigatória desde que especificados em contrato.

M.Regulação Financeira

São mecanismos de participação financeira do beneficiário (fator moderador) em cada evento ou procedimento por ele realizado, estabelecidos em contrato, na forma de franquia ou coparticipação.





RECOMENDAÇÕES DO GT - GERAL



3. Estabelecer os **requisitos** para a utilização de mecanismos de regulação:

1. Previsão e regras descritas de forma clara no contrato;

2. Consonância com os códigos de ética profissionais;

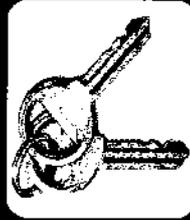
3. Divulgação no livro ou indicador de serviços, no *site* ou em qualquer mídia utilizada para contato com o beneficiário;

4. Divulgação no material publicitário no momento da comercialização do produto; e

5. Impedimento do uso de Mec. Reg. para diferenciar usuários, por faixas etárias e graus de parentesco.



4. Conceituar os Tipos de Mecanismos de Regulação Assistencial permitidos:



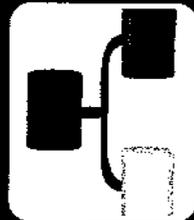
Autorização Prévia:

Exigência de autorização por parte de pessoal administrativo ou técnico da operadora para a realização de determinado procedimento;



Porta de Entrada:

Serviços de saúde previamente estabelecidos pelas operadoras para oferecer o atendimento inicial por profissional generalista, sem prejuízo do acesso às especialidades e aos serviços de maior complexidade quando houver necessidade clínica;



Hierarquização de acesso:

Coordenação do acesso às especialidades e aos serviços de maior complexidade realizada pelo serviço de Porta de Entrada, com vistas a condução do itinerário terapêutico do paciente, sem prejuízo do acesso às especialidades e aos serviços de maior complexidade quando houver necessidade clínica;



Direcionamento de Rede:

Condicionamento de cobertura de determinados procedimentos à sua realização em rede de prestadores de serviço específica previamente definida pela operadora.



5. Estabelecer os requisitos para a utilização de Mecanismos de Regulação Assistenciais:

Deverão ser operacionalizados
respeitando o direito de acesso aos
procedimentos de cobertura obrigatória
previstos no Rol e nas cláusulas
contratuais;

Deverão ser
operacionalizados
respeitando os prazos
máximos de atendimento
estabelecidos pela ANS.

6. Definir as **Vedações** dos Mecanismos de Regulação Assistencial:

- 1 Situações de Urgência/Emergência;
- 2 Específicos por enfermidades/patologias;
- 3 Baseados em parâmetros estatísticos de produtividade, inibindo a solicitação de procedimentos pelos prestadores de serviços; (Súmula 16/2011);
- 4 Concessão de desconto, brindes, de forma a desestimular a utilização dos serviços;
- 5 Impedir acesso a especialidades ou serviços de maior complexidade, respeitando as coberturas obrigatórias e os prazos máximos de atendimento;
- 6 Condicionar a realização de um procedimento à prévia realização de outro, exceto nos casos de hierarquização de acesso.

RECOMENDAÇÕES DO GT – R.Assistencial



6. Definir as Vedações dos Mecanismos de Regulação Assistencial (continuação):

7

Negar procedimento se o profissional solicitante não pertencer à rede da Ops;

8

Exigir a transcrição do pedido do profissional assistente não credenciado para a guia de autorização da operadora.

9

É vedado exigir autorização prévia nas seguintes situações:

- a) Consultas;
- b) 'Procedimentos Laboratoriais' e 'Anatomia Patológica e Citopatologia', exceto aqueles classificados como PAC e/ou com DUT;
- c) 'Métodos Diagnósticos por Imagem', exceto para aqueles classificados como PAC e/ou com DUT.

❖ Em relação à vedação de negar procedimento se o profissional solicitante não pertencer à rede da Operadora, para planos sem a opção de livre escolha, os honorários do profissional assistente não são de responsabilidade da operadora.





RECOMENDAÇÕES DO GT – R.Assistencial



7. Conceituar e estabelecer o instrumento de Junta Técnica

Divergência Assistencial

Desacordo entre a operadora e o profissional de saúde assistente sobre a indicação de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória.;

Conjunto de profissionais de saúde reunidos presencialmente ou à distância com a finalidade específica de avaliar a indicação pelo profissional assistente de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos nos casos de divergências assistenciais, com vistas à cobertura pelo plano de saúde, composta pelo profissional assistente; o profissional da operadora e um terceiro profissional escolhido de comum acordo entre as partes.

Junta Técnica



7. Conceituar e estabelecer o instrumento de Junta Técnica

A escolha do profissional será preferencialmente em comum acordo, devendo a operadora e o profissional assistente indicar até 3 nomes cada para este fim, caso não haja acordo, os critérios de desempate serão definidos por IN;

A responsabilidade pelo honorário do terceiro profissional é da
Ops;

O deslocamento do beneficiário para fora do município de sua residência, quando necessário, fica a cargo da operadora.

A junta técnica pode ser realizada por meio não presencial, conforme acordado;

O prazo máximo para a realização da junta técnica e seu resultado deve obedecer aos prazos máximos de atendimento definidos pela ANS.



RECOMENDAÇÕES DO GT – R.Financeira

7. Estabelecer **conceitos**, limites máximos e os requisitos para os Mecanismos de Regulação Financeiros:

Fator Moderador

Para fins desta Resolução, coparticipação ou franquia é a participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele efetivamente realizado, podendo ser estabelecido em formato percentual ou em moeda corrente.

11



RECOMENDAÇÕES DO GT – R.Financeira

7. Estabelecer conceitos, limites máximos e os requisitos para os Mecanismos de Regulação Financeiros:

Consumidor	Operadora	Consumidor	Operadora	Consumidor	Operadora
40%	60%	30%	70%	20%	80%
Tipo I		Tipo II		Tipo III	

RECOMENDAÇÕES DO GT – R. Financeira

7. Estabelecer conceitos, **limites máximos** e os requisitos para os **Mecanismo de Regulação Financeiros**:

	Consumidor	Operadora
Tipo I	40%	60%
Tipo II	30%	70%
Tipo III	20%	80%

- ❖ O objetivo das 3 tipologias é dar homogeneidade, maior transparência e comparabilidade entre os planos que utilizam mecanismos de regulação financeiros.
- ❖ Pesquisa nos modelos internacionais demonstrou que 40% máximo para o beneficiário está dentro do razoável e do praticado no mundo.

RECOMENDAÇÕES DO GT

III – Mecanismos de Regulação Financeiros

- 7. Estabelecer conceitos, limites máximos e os requisitos para os Mecanismos de Regulação Financeiros:**
- ❖ Para fins desta Resolução, coparticipação ou franquia é a participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele efetivamente realizado, podendo ser estabelecido em formato percentual ou em moeda corrente.
 - ❖ Para efeito da utilização de Mecanismos de Regulação Financeiros, fica instituído os seguintes tipos de planos de privados de assistência à saúde:
 - a) Tipo I: Plano com participação financeira do beneficiário de até 40% do valor do procedimento e 60% pagos pela operadora;
 - b) Tipo II: Plano com participação financeira máxima do beneficiário de até 30% do valor do procedimento e 70% pagos pela operadora;
 - c) Tipo III: Plano com participação financeira máxima do beneficiário de até 20% do valor do procedimento e 80% pagos pela operadora.
 - ❖ O objetivo das 3 tipologias é dar homogeneidade, maior transparência e comparabilidade entre os planos que utilizam mecanismos de regulação financeiros.
 - ❖ Pesquisa nos modelos internacionais demonstrou que 40% máximo para o beneficiário está dentro do razoável e do praticado no mundo.

44

III – Mecanismos de Regulação Financeiros

❖ **Requisitos:**

- ❖ Devem estar claramente estabelecidos no contrato.
- ❖ Os planos devem ser enquadrados em um dos três tipos instituídos, respeitados os valores máximos de participação financeira do beneficiário e os demais limitadores para atenção ambulatorial e internação.
- ❖ Não poderá haver financiamento integral do procedimento.
- ❖ O Pagamento será feito diretamente à operadora.

❖ **Limites Financeiros:**

- ❖ A participação financeira do beneficiário em procedimentos ambulatoriais – Requisitos:
 - ❖ A participação financeira máxima do beneficiário para procedimentos ambulatoriais é aquela estabelecida para cada tipologia instituída, desde que não ultrapasse ao valor correspondente a duas vezes o valor da sua contraprestação pecuniária;
 - ❖ a participação financeira do beneficiário para procedimentos ambulatoriais poderá ser estabelecida de forma diferenciada por procedimentos ou grupos de procedimentos, desde que observe os limites máximos para cada uma dos três tipos instituídos.



III – Mecanismos de Regulação Financeiros

- ❖ A participação financeira do beneficiário em internações hospitalares deverá cumprir os seguintes requisitos:
 - ❖ ser aplicada para todas as especialidades médicas;
 - ❖ a internação será considerada como evento único e a participação financeira do beneficiário não poderá ser estabelecida por enfermidades, categorias diagnósticas, procedimentos e/ou grupos de procedimentos
 - ❖ não será estabelecida em percentuais sobre o valor do procedimento internação;
 - ❖ será estabelecida em valores pré-fixados, devendo o valor estar expresso no instrumento contratual em moeda corrente;
 - ❖ a participação financeira máxima do beneficiário a ser aplicada deverá ser limitada a duas vezes o valor da sua contraprestação pecuniária, desde que não ultrapasse os percentuais estabelecidos para cada tipologia instituída do valor total da internação.



RECOMENDAÇÕES DO GT

III – Mecanismos de Regulação Financeiros

8. Definir as vedações para aplicação dos Mecanismos de Regulação Financeiros:

- ❖ Quando estabelecer Mecanismos de Regulação Financeiros, é vedado:
 - ❖ Estabelecer MRF específicos para OPME e medicamentos devendo restringir-se ao procedimento realizado para procedimentos ambulatoriais.
 - ❖ Estabelecimento diferenciado do valor da participação financeira do beneficiário por enfermidades, categorias diagnósticas, procedimentos e/ou grupos de procedimentos em internações hospitalares
 - ❖ Exigência de qualquer pagamento no ato da autorização do procedimento;
 - ❖ Estabelecimento diferenciado do valor da participação financeira do beneficiário por prestadores, excepcionado em caso de porta de entrada e direcionamento rede.
- ❖ É vedado estabelecer MRF para hemoterapia, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, procedimentos em Programas de PromoPrev, voltados à saúde ocupacional (legislação trabalhista) e nos seguintes procedimentos preventivos (serão descritos por IN):
 - ❖ citologia oncológica - faixa etária de 25 a 64 anos;
 - ❖ mamografia - faixa etária entre 50 e 69 anos;
 - ❖ sangue oculto nas fezes – faixa etária acima de 50 anos; e
 - ❖ colonoscopia – faixa etária acima de 50 anos.





III – Mecanismos de Regulação Financeiros

9. Estabelecer **Regras para o Reajuste** dos Mecanismos de Regulação Financeiros

- ❖ O reajuste na coparticipação/franquia deverá preservar a anualidade dos contratos.
- ❖ Para os planos individuais ou familiares - o percentual do reajuste será no máximo o percentual do reajuste anual autorizado pela ANS para a mensalidade.
- ❖ Para os contratos de planos coletivos:
 - ✓ Livre negociação;
 - ✓ O percentual deverá ser comunicado à ANS pela Internet, por meio de aplicativo RPC, na forma da IN 13/2006.





Obrigada



Handwritten signature and date '19/1' in the top right corner.

Gerência/Diretoria: **GGRAS/DIPRO**
Protocolo n.º. 33902.029037/2017-17
Data Registro: 08/03/2017
Hora Registro: 14:44
Assinatura: AUGUSTO



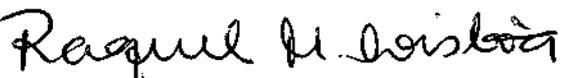
Despacho nº 012 /GGRAS/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2017.

Assunto: Arquivamento do Processo 33902.270680/2015-15

1. Considerando que a competência sobre a matéria tratada neste feito foi passada à Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, após a alteração do Regimento Interno desta Agência pela Resolução Normativa nº 415, de 28 de novembro de 2016, sendo isso o que prevê a nova redação dos incisos XXX, XXXI do art. 23.
2. Considerando que a Nota nº 181/2016/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS deu cumprimento ao art. 5º da Portaria nº 2, de 29 de abril de 2015, ao apresentar os resultados dos debates do Grupo de Trabalho criado com objetivo de formular proposta de revisão da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998. Registrando-se o cumprimento do prazo previsto no art. 2º da mesma Portaria.
3. Considerando que o processo de elaboração da Análise de Impacto Regulatório (AIR), em anexo, iniciado pela equipe técnica desta GGRAS/DIPRO perdeu seu propósito após a referida alteração de competência regimental.
4. Determino o arquivamento do presente feito, com o envio de cópia à DIDES para servir de material de apoio técnico para esta competência.

Atenciosamente,


Raquel Medeiros Lisboa
Gerente-Geral de Regulação Assistencial
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

51
1

Relatório Inicial de AIR

Mecanismo de Regulação de uso de serviços na Saúde Suplementar

Abril de 2016

Gerência de Assistência à Saúde

Gerência-Geral de Regulação Assistencial

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos



RELATÓRIO INICIAL DE IMPACTO REGULATÓRIO – PROPOSTA DE RESOLUÇÃO NORMATIVA PARA MECANISMOS DE REGULAÇÃO DO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR.

Sumário

1. Definição do Escopo.....	2
2. Contexto atual.....	3
3. Público afetado e descrição dos custos envolvidos	3
4. Considerações a cerca das normas vigentes: Resolução CONSU 08 de 1998 e Lei 9656 de 1998.....	4
5. Coleta de informações	10
6. Avaliação da situação atual	11
7. Identificação dos problemas.....	12
8. Descrição dos Objetivos.....	12
9. Definição dos cenários.....	12
8.1. Cenário 1: Análise da regulamentação atual	13
8.2. Cenário 2: Alteração da metodologia e parâmetros.....	13
8.3. Cenário 3: Alteração dos limites financeiros mantendo o restante das sugestões.	18
10. Formulação e comparação entre as alternativas	19
10. Análise de impactos dos cenários	19
10.1. Resultado da aplicação da Ferramenta de análise de impacto intermediária	21
11. Considerações finais	22
11.1. Recomendação preferencial (first best).....	23
11.2. Recomendação alternativa (second best).....	23

1. Definição do Escopo

A CONSU 08 de 1998 é a norma atualmente em vigor que trata diretamente do tema mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Ao longo dos quase 18 anos em que esta norma esteve em vigor, observou-se a necessidade de algumas adequações.

Assim, foi instituído o Grupo de Trabalho de Mecanismo de Regulação de uso de serviços na Saúde Suplementar por meio da Portaria nº 02, de 29 de abril de 2015, publicada no Boletim de Serviço número 54, ano 2015 e conforme descrito no art. 1º, teve os seguintes objetivos:

“a elaboração de proposta de revisão de norma relativa às regras para a adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde, buscando garantir o acesso dos consumidores aos serviços de saúde contratados e sua qualidade assistencial, e rever conceitos abrangendo as atuais práticas do setor de saúde suplementar de forma compatível com os normativos vigentes”.

A atual norma, Resolução CONSU 8, de 1998, apresenta algumas lacunas tais como: conceitos pouco claros sobre os mecanismos de regulação assistenciais e financeiros; ausência de regras para os mecanismos financeiros como limites máximos, reajustes; ausência de regras claras para cobrança de fator moderador etc, bem como brechas a respeito das divergências assistenciais entre o profissional assistente e operadoras de plano de saúde.

Vale ressaltar, que a revisão da Resolução CONSU nº 8, de 1998, visa não só o preenchimento das lacunas apresentadas anteriormente, como também atualizar as regras para a adoção e a utilização de mecanismos de regulação no setor suplementar de saúde de forma a compatibiliza-los com os normativos vigentes e adequar as regras à evolução do setor.

O Grupo de Trabalho de Mecanismo de Regulação de uso de serviços na Saúde Suplementar apresentou proposta de alteração nas regras de mecanismos de regulação de natureza financeira e assistencial utilizados pelo setor. O presente documento tem por objetivo, portanto, analisar as propostas de alteração normativa de Mecanismo de Regulação de uso de serviços na Saúde Suplementar.

2. Contexto atual

A utilização de mecanismos de regulação aplicados pelas operadoras de planos de assistência à saúde foi autorizada pela Lei 9.656 de 3 de junho de 1998, na alínea “d” do § 1º do artigo 1º; no inciso VIII do artigo 16; nos incisos II e III do artigo 18; no § 5º do artigo 19 e, atualmente, deve obedecer às regras estabelecidas pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU 8, de 3 de novembro de 1998, alterada pela Resolução CONSU 15, de 29 de março de 1999.

A Resolução CONSU 8, de 1998, foi um marco na regulação, visto que delimitou o uso de mecanismos de regulação de uso de serviços pelas operadoras e, principalmente, estabeleceu premissas fundamentais, as quais foram incorporadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando de sua criação em 2000 e que continuam válidas até o momento.

A Resolução CONSU 8, foi publicada em 1998 e alterada pela Resolução CONSU nº 15 em 1999, antes mesmo da criação da ANS, o que demonstra um contexto regulatório ainda inicial, no qual o *modus operandi* do mercado ainda era pouco conhecido.

A utilização de mecanismos financeiros e/ou assistenciais de regulação tem sido adotada em vários contextos internacionais, cujo objetivo é o compartilhamento do risco com o beneficiário na perspectiva de reduzir uma falha de mercado importante; o ‘Risco Moral’, ou seja, o sobreuso indevido de procedimentos em saúde por parte dos beneficiários, desse modo estimulando o uso consciente. Entretanto, é importante que esses mecanismos não reduzam o acesso e a utilização devida dos serviços de saúde pelos beneficiários, risco inerente quando implementados mecanismos de regulação. Além disso, com a utilização desses mecanismos de regulação e o consequente compartilhamento dos riscos, espera-se uma redução das contraprestações pecuniárias.

3. Público afetado e descrição dos custos envolvidos

A alteração da norma afeta potencialmente beneficiários, prestadores e operadoras de planos de saúde.

Não existe impacto operacional para a Agência Nacional de Saúde Suplementar, contudo há previsão de algum custo operacional para as operadoras de planos privados de assistência à saúde no que tange ao registro de novos produtos adequados as novas regras e custos operacionais de treinamento interno e adequação de sistemas.

4. Considerações a cerca das normas vigentes: Resolução CONSU 08 de 1998 e Lei 9656 de 1998

A CONSU 8, de 1998, alterada por meio da Resolução CONSU 15, de 1999, esboça um conceito de Mecanismos de Regulação do uso de serviços de Saúde de forma indireta, a saber:

Art. 1º da CONSU 8, de 1998:

“O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde de que trata o Inciso I do § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional, na Lei nº 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos”. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

A Resolução CONSU 8, de 1998, não conceitua e nem diferencia de forma clara mecanismos de Regulação Assistenciais e Financeiros. Em seu artigo 4º, estabeleceu que as operadoras poderiam utilizar alguns tipos de mecanismos de regulação assistenciais, mas não os conceitua, apenas cita os mecanismos de ‘autorização prévia’; ‘porta de entrada’, ‘direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso’.

Cumprir destacar que a referida norma estabelece alguns limites e vedações quais sejam:

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

- I - qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;*
- II - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;*
- III - limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;*
- IV - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;*
- V - utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência;*
- VI - negar autorização de procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora;*

VI - negar autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

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.

IX - Reembolsar ao consumidor as despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha, com valor inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada. (Incluído dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999)”.

A Resolução CONSU 8, de 1998, é bastante genérica em relação às divergências assistenciais, tema que tem criado controvérsias no setor suplementar de saúde. Sobre isso, cita no inciso V do art. 4º:

“V - garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora”.

Em relação aos Mecanismos Financeiros de Regulação, a Resolução CONSU 8, de 1998, diferencia os conceitos entre ‘franquia’ e ‘coparticipação’, entretanto, na prática do mercado de saúde suplementar dos últimos 17 anos, esses termos têm sido utilizados de forma intercambiável. Segundo o artigo 3º da CONSU 08 de 1998:

“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”.

Insta frisar que, a Lei 9656 de 1998, ao definir o conceito de planos de saúde no inciso I do artigo 1º também influencia nas definições de franquia e coparticipação utilizados na Saúde Suplementar, a saber:



“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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)”

Além disso, o Parecer nº 414/2013/GECOS/PROGE – ANS/PGF da Procuradoria Geral junto à ANS, evidencia que, levando-se em consideração os limites estabelecidos pela Lei 9.656/98 quanto à impossibilidade de pagamento integral de procedimentos por parte do beneficiário de plano de saúde, bem como a unificação da definição de Plano de Saúde e Operadora de Plano de Saúde, suprimindo as regras diferenciadas para Plano de Saúde e Seguro Saúde, os conceitos de ‘coparticipação’ e ‘franquia’, na saúde suplementar, tornam-se bastante assemelhados.

4.1. Da Utilização de Franquia no Modelo do Mercado Securitário.

Diante de frequentes demandas junto a esta Agência pela mudança do conceito de “Franquia” no setor suplementar de saúde com a finalidade de alterar o conceito, adotando-se a acepção utilizada pelo mercado de seguros; e entendendo que uma mudança conceitual dessa natureza no setor saúde acarretaria grande impacto na saúde suplementar, o GT buscou avaliar a questão por dois pontos de vista: o jurídico e o técnico-assistencial. Assim, serão feitas, preliminarmente, considerações acerca do conceito de franquia nos moldes do mercado de seguros.

4.1.1. Do Ponto de Vista Jurídico

Em 2012, a Assessoria Normativa dos Produtos – ASSNP/DIPRO fez, entre outros, o seguinte questionamento à Procuradoria-Geral Federal junto à ANS:

“Possibilidade de a ANS permitir a criação de produto com estipulação de franquia, desde que observadas as restrições legais, em especial, a do inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98.”

A Procuradoria-Geral Federal junto à ANS faz os seguintes esclarecimentos por meio do Parecer nº 414/2013/GECOS/PROGE – ANS/PGF exarado pela Gerência de Consultoria Normativa e contido no processo ANS 33902.527905/2012-60 (vide anexo):

O parecer explicita o conceito de 'Plano de Saúde' definido no inciso I do art. 1º da Lei 9.656, de 1998, e afirma que, para operar um plano de saúde, todos os requisitos contidos nesse conceito devem ser atendidos integralmente pelas operadoras, quais sejam:

- a) Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistências a preço pré ou pós-estabelecido;
- b) Por prazo indeterminado;
- c) 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 ou referenciada;
- d) Visando assistência médica, hospitalar e odontológica;
- e) **A ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (Grifo da Procuradoria).**

A Procuradoria reporta-se a alínea "e" e argumenta que a assistência deverá ser paga integral ou parcialmente pela operadora mediante reembolso ou pagamento direto, por conta e ordem do consumidor, concluindo que:

"...para configurar-se enquanto plano privado de assistência à saúde, a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais deve ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso (típico de seguro) ou pagamento direto ao prestador".

Desse modo, se a operadora deve pagar total ou parcialmente a cobertura do procedimento, não poderá haver procedimento pago integralmente pelo beneficiário, regra já estabelecida pela CONSU 8, de 1998, com base na Lei 9.656, de 1998.

A Procuradoria ainda faz uma análise sobre a compatibilidade desta regra, estabelecida no inciso I do Parágrafo 1º da Lei 9.656/98, quando conceitua plano de saúde, e a previsão de franquia, prevista no inciso VIII, do art. 16 da referida Lei, afirmando que antes do advento da Lei 9.656, de 1998, praticava-se no mercado de seguro saúde o estabelecimento de franquia, regulamentado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, de acordo com o Art. 130 do Decreto-Lei 73:

"Art. 130. A garantia do Seguro Saúde constituirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica persistente da assistência médico-hospitalar ao segurado".

"§ 1º A cobertura do Seguro Saúde ficará sujeita ao regime de franquia de acordo com os critérios fixados pelo CNSP".

55
4

O parecer da Procuradoria apresenta a definição de franquia de acordo com a SUSEP: “É o valor, expresso em apólice, que representa a parte do prejuízo que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado”.

Entretanto, a Procuradora afirma que “...a definição de franquia no mercado securitário (diga-se, não na saúde suplementar) é conferida pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP”. Desse modo, conclui que o termo “Franquia”, contido na Lei 9.656, de 1998, não pode ser entendido como sinônimo do mesmo termo quando utilizado no mercado de seguros e afirma que a definição de franquia no setor suplementar cabe à ANS, observadas as peculiaridades do mercado de saúde suplementar e a restrição prevista no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656, de 1998, como se segue:

“...não se pode afirmar que se trata da mesma “franquia”, com as mesmas peculiaridades do mercado de saúde suplementar, pois os normativos setoriais têm que ser observados, inclusive a restrição prevista no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, cabendo à ANS a sua definição”.

A Procuradoria ressalta, ainda, que “a franquia era prevista para seguro saúde antes do advento da Lei 9.656/98” e afirma: “Depreende-se, portanto, que eram mecanismos de regulação antes do advento da Lei 9.656/98, o instituto de coparticipação para os planos de saúde e da franquia para os seguros-saúde”.

O Parecer afirma que, na primeira versão da Lei 9.656, de 1998, havia distinção entre Plano de Saúde e Seguro Saúde, permitindo, desse modo, a utilização de franquia, entretanto, a Lei foi modificada, acabando com a distinção entre Plano de Saúde e Seguro Saúde, deixando claro que, para qualquer tipo de empresa, para operar plano de saúde, deve seguir a mesma regra: “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”.

Ressalta que a Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência saúde dispôs expressamente em seu Art. 2º que: “enquadra-se seguro saúde, como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde, como operadora de plano de assistência à saúde”.

Para finalizar, o Parecer afirma:

“...com as mudanças na Lei 9.656/98, os conceitos de franquia e coparticipação muito se assemelham, considerando as restrições trazidas pelo próprio inciso I, do art. 1º (Lei 9.656/98)”.

“...um dos pontos que chama atenção concerne no fato de que, na redação original do dispositivo, o contrato de seguro poderia prever além da franquia uma limitação de cobertura, hoje inadmitida (ver redação do inciso II do art. 2º da redação original acima citada)”.

Segue a Conclusão do Parecer 414/2013/GECOS/PROGE da Procuradoria Federal junto à ANS:

“Pelo exposto, considerando a previsão do inciso I, do art 1º da Lei 9.656/98, entende-se que a definição do conceito de franquia pela ANS deve atentar para a vedação legal de que a assistência (o procedimento) seja custeada integralmente pelo consumidor, além das demais restrições inerentes a qualquer fator de moderação (como, por exemplo, não ser capaz de restringir a utilização de beneficiários)”.

Esse Grupo de Trabalho concluiu, baseado no Parecer da Procuradoria-Geral junto à ANS, fundamentado na Lei 9656, de 1998, que:

- A operadora deve pagar total ou parcialmente os procedimentos de cobertura obrigatória, logo o beneficiário não pode arcar integralmente com nenhum procedimento;
- Com a definição de Plano de Assistência à Saúde unificada pela Lei 9.656, de 1998, os termos ‘Franquia’ e ‘Coparticipação’ ficam bastante assemelhados no setor de saúde suplementar;
- Cabe a ANS elaborar as definições de ‘Franquia’ e ‘Coparticipação’ respeitados os limites da Lei 9.656/ de 1998;
- É vedada pela Lei 9.656, de 1998, a comercialização de um produto com a adoção de ‘Franquia’ nos termos do mercado securitário, no qual a operadora só arcaria com os custos dos procedimentos a partir do pagamento de um determinado valor pelo beneficiário, o que levaria à restrição de utilização de serviços de saúde, bem como a possibilidade do beneficiário arcar integralmente com os custos de um determinado procedimento, contradizendo o que dispõe o inciso I, do Art. 1º da Lei 9.656, de 1998.

4.1.2. Do ponto de Vista Técnico-assistencial

O Grupo de Trabalho, após avaliação da literatura técnica internacional com resultados de pesquisas sobre o tema, concluiu que o modelo de ‘Franquia’ nos moldes do mercado securitário é prejudicial aos cuidados em saúde, uma vez que:

- 56
- 1) É particularmente danoso para indivíduos com baixa renda e portadores de doenças crônicas e acarreta:
 - ✓ Redução de consultas e exames preventivos;
 - ✓ Redução da realização de exames para o acompanhamento de doenças crônicas;
 - ✓ Postergação da procura a serviços de saúde e a especialistas;
 - ✓ Redução do consumo de medicamentos;
 - ✓ Os beneficiários relatam com maior frequência ter problemas de saúde derivados da demora em procurar um médico em virtude do custo associado.
 - 2) A literatura aponta que os sistemas de saúde atuais devem estar voltados para o acompanhamento do indivíduo ao longo da vida; para o cuidado das condições crônicas; e para a prevenção e diagnóstico precoce de patologias, o que leva não apenas à melhoria da qualidade de vida, como também à redução ou adiamento de desfechos negativos e procedimentos custosos como o Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, o Acidente Vascular Cerebral - AVC, a Quimioterapia Oncológica, a Radioterapia e Cirurgias de Alta Complexidade, etc.
 - 3) Desse modo, considerando que **o objetivo da implementação de Mecanismos de Regulação do uso de serviços de saúde na saúde suplementar brasileira é reduzir o risco moral, ou seja, o uso indevido de serviços de saúde, mas não objetiva reduzir ou impedir acesso aos procedimentos necessários**, isto é, não pretende reduzir o uso devido e esperado por parte dos beneficiários, também, do ponto de vista assistencial, a utilização de franquia no modelo de mercado de seguros não cabe no setor saúde.

5. Coleta de informações

Para análise quanto ao diagnóstico situacional dos temas referentes aos mecanismos de regulação utilizados pelo setor, foi realizada análise histórica dos problemas apontados, conforme descrito a seguir:

Em 2003, foi identificada a necessidade de criação de um Grupo de Trabalho especificamente para avaliar os mecanismos financeiros de regulação pela DIPRO composto por técnicos das seguintes gerências existentes à época: Gerência Geral Técnico-Assistencial dos Produtos – GGTAP; Gerência Geral de Estrutura Operação – GGEOP; e Gerência Geral Econômico Financeira dos Produtos – GGEFP. Em 2005, esse GT emitiu uma Nota Técnica (nota técnica no. 8/2005/GGTAP/GGEOP/GGEFP) e uma minuta de resolução sobre a aplicação dos mecanismos financeiros de regulação.

Em 2009 foi realizado um Estudo pela Comissão de Saúde do Instituto Brasileiro de Atuário – IBA sobre mecanismo financeiro de regulação e um estudo técnico para o estabelecimento dos limites de fator moderador baseado nos dados de Nota Técnica Referencial de Produtos - NTRP. Em 2010, foi elaborada nova proposta de resolução normativa feita pela GGEFP sobre mecanismos financeiros de regulação.

Apesar dos esforços da ANS para rever as normas sobre mecanismos financeiros de regulação, as propostas elaboradas não culminaram na publicação de uma nova resolução que substituísse o que dispunha a CONSU 8, de 1998, sobre o tema. Desse modo, em 2012 foi formado novo Grupo de Trabalho composto por representantes de todas as diretorias da ANS para discussão de mecanismos de regulação, tanto assistenciais, quanto financeiros. O trabalho desse GT redundou na criação, em maio de 2012, de uma Câmara Técnica para expandir a discussão referente aos mecanismos de regulação em parceria com o setor regulado. Foram realizadas 5 (cinco) reuniões da Câmara Técnica nas seguintes datas: 03/07/2012; 09/08/2012; 05/09/2012; 17/10/2012 e 13/11/2012. Em novembro de 2012, houve a finalização dos trabalhos da Câmara Técnica e o produto das discussões foi encaminhado para o Grupo de Trabalho interno. Mais uma vez, a despeito da mobilização e aprofundamento das discussões, não se chegou a uma nova Resolução Normativa sobre o tema.

Além disso, levantou-se, inicialmente, toda a legislação e pareceres jurídicos referentes ao tema, bem como os documentos já previamente elaborados pelas áreas técnicas da ANS para subsidiar a discussão. Com o objetivo de aprofundamento teórico da discussão, foi feita uma avaliação da literatura internacional sobre a forma de utilização dos mecanismos financeiros de regulação em outros países e os impactos dessa utilização nas condições de saúde da população.

6. Avaliação da situação atual

Conforme anteriormente exposto, na regulação atual os conceitos sobre os mecanismos de regulação assistenciais e financeiros são pouco claros; ausência de algumas regras para os mecanismos financeiros como limites máximos, reajustes; e cobrança de fator moderador em internação, etc, bem como dúvidas a respeito das divergências assistenciais entre o profissional assistente e operadoras de plano de saúde.

Portanto, é necessário o aprimoramento das regras de Mecanismos de Regulação do uso de serviços, para ajustá-los a uma lógica de diminuição do sobreuso dos serviços, sem inibição do uso devido, com a proporcional redução das contraprestações pecuniárias.

7. Identificação dos problemas

57
1

A partir do exposto, pode-se abordar os problemas inerentes ao tema em dois grandes grupos, a saber:

- Presença de dilema entre o uso Mecanismo de Regulação que desincentive o Risco Moral, estimulando o uso consciente e a redução de acesso de serviços de saúde necessários a assistência à saúde.
- Presença de lacunas regulatórias no Normativo vigente que trata do uso de Mecanismo de Regulação.

8. Descrição dos Objetivos

Tendo em vista as considerações feitas nos itens anteriores, resta claro que se faz necessária uma proposta que atenda aos seguintes objetivos:

1. Conceituar Mecanismos de Regulação de uso de serviços de saúde;
2. Diferenciar os conceitos de Mecanismos Assistenciais e Financeiros de Regulação;
3. Estabelecer os requisitos gerais para a utilização de Mecanismos de Regulação.
4. Conceituar os tipos de Mecanismos de Regulação Assistencial;
5. Estabelecer os requisitos para utilização dos mecanismos de Regulação Assistencial;
6. Definir as vedações para utilização dos mecanismos de Regulação Assistencial;
7. Conceituar e estabelecer o instrumento de Junta Médica ou Odontológica.
8. Estabelecer o conceito e os limites máximos dos Mecanismos de Regulação Financeiros;
9. Definir os Requisitos para utilização dos mecanismos Financeiros de Regulação;
10. Definir as vedações para utilização dos mecanismos Financeiros de Regulação;
11. Estabelecer Regras para o Reajuste dos Mecanismos Financeiros de Regulação.

9. Definição dos cenários

Para a análise de impacto regulatório foram elencados três cenários de regulamentação que possibilitassem avaliar alternativas para atingir os objetivos supracitados. Cada alternativa procurou emular um cenário para solução dos problemas de modo que fosse permitida a análise de suas características de maneira geral.

8.1. Cenário 1: Análise da regulamentação atual

O primeiro cenário a ser analisado, em consonância com os princípios de boa prática regulatória, consiste na análise de manutenção das regras vigentes. Desta forma, buscou-se avaliar os pontos fortes do modelo vigente. Assim, neste cenário, mantém-se a regulamentação em vigor.

O modelo regulatório atual, nos aspectos concernentes aos Mecanismos de Regulação do uso de serviços, tem se mostrado estável.

Some-se ao exposto o fato de que se trata de processo de trabalho consolidado no mercado regulado e adequado às condições administrativas (como, por exemplo: quantitativo de pessoal e recursos financeiros, etc).

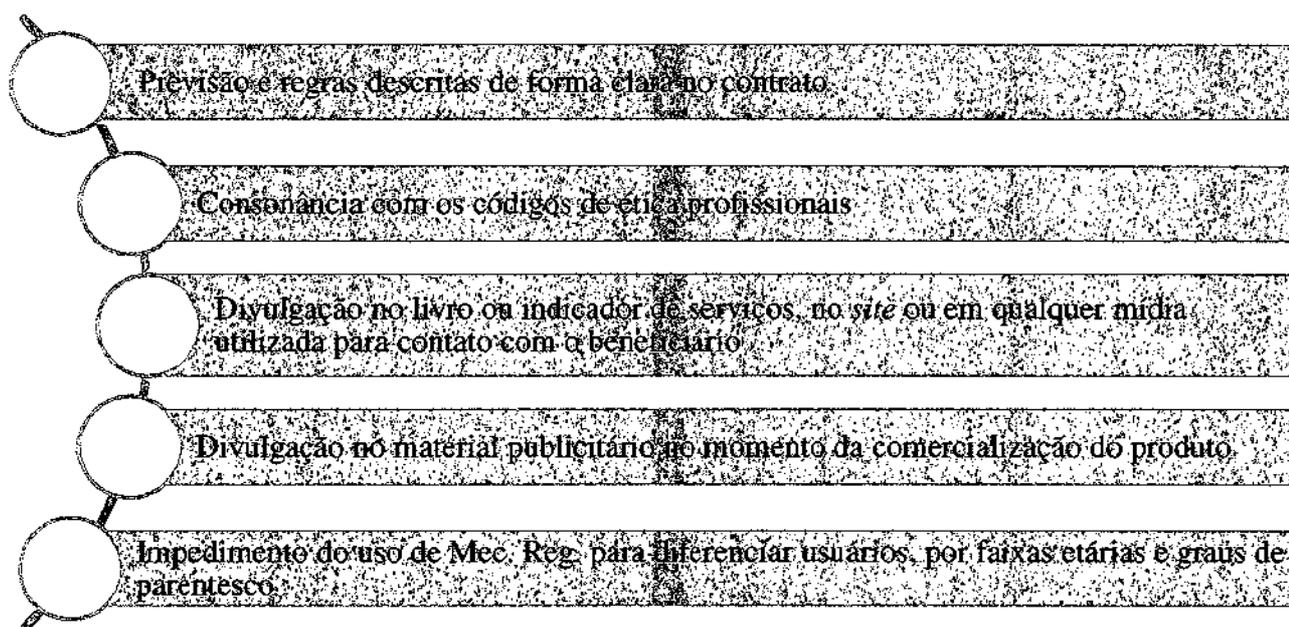
Para os beneficiários, as contraprestações pecuniárias já são proporcionais às regras vigentes.

8.2. Cenário 2: Alteração da metodologia e parâmetros

Neste cenário, a opção regulatória adotada foi a de modificar o modelo vigente, em aspectos como: alteração normativa; especificação de conceitos; definição de regras de utilização; definição de limites a serem utilizados.

As alterações sugeridas demandam alterações normativas em relação a alguns aspectos, em especial, concernentes à limitação do uso de mecanismos financeiros de regulação, prazos para realização de junta técnica e algumas vedações tanto relativas aos mecanismos financeiros de regulação quanto assistenciais.

Requisitos para utilização dos mecanismos de regulação:



Sugere-se que as operadoras só possam comercializar planos com coparticipação de até 40% limitados por faixas:

Tipologia	Participação financeira do beneficiário
Tipo I	0% < participação financeira ≤ 20%
Tipo II	20% < participação financeira ≤ 30%
Tipo III	30% < participação financeira ≤ 40%

Em qualquer uma das faixas seria possível não cobrar coparticipação para alguns casos específicos desde que a isenção seja dada a todos os beneficiários de um mesmo plano e não esteja vinculado a nenhuma regra que desestime o uso do serviço pelo beneficiário.

Além disso, foram sugeridas outras regras acerca dos mecanismos de regulação financeiro no que tange sua utilização em:

a) procedimentos ambulatoriais:

A participação financeira máxima do beneficiário é

1. Aquela estabelecida por faixa para cada tipologia
2. Não pode ultrapassar o valor correspondente a 2x o valor da sua contraprestação pecuniária.

A participação financeira do beneficiário para procedimentos ambulatoriais poderá ser estabelecida de forma diferenciada por procedimentos ou grupos de procedimentos, desde que observe os limites máximos por faixa para cada uma dos três tipos instituídos.

b) internações hospitalares:

Ser aplicada para todas as especialidades médicas

A internação será considerada como evento único e a participação financeira do beneficiário não poderá ser estabelecida por enfermidades, categorias diagnósticas, procedimentos e/ou grupos de procedimentos

Não será estabelecida em percentuais sobre o valor do procedimento internação;

Será estabelecida em valores pré-fixados, devendo o valor estar expresso no instrumento contratual em moeda corrente;

A participação financeira máxima do beneficiário a ser aplicada deverá ser limitada a duas vezes o valor da sua contraprestação pecuniária, desde que não ultrapasse os percentuais estabelecidos para cada tipologia instituída do valor total da internação;

Definição de regras para o reajuste dos mecanismos financeiros de regulação:

O reajuste na coparticipação/franquia deverá preservar a anualidade dos contratos.

Planos individuais ou familiares

O percentual do reajuste será no máximo o percentual do reajuste anual autorizado pela ANS para as mensalidades

Planos Coletivos

Livre negociação

O percentual deverá ser comunicado à ANS pela Internet, por meio de aplicativo REC, na forma da IN 13/2006.

Vedações específicas propostas para mecanismos financeiros de regulação:

Estabelecer MRF específicos para OPME e medicamentos devendo restringir-se ao procedimento realizado, para procedimentos ambulatoriais.

Estabelecimento diferenciado do valor da participação financeira do beneficiário por enfermidades, categorias diagnósticas, procedimentos e ou grupos de procedimento em internações hospitalares.

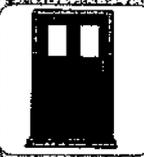
Exigência de qualquer pagamento no ato da autorização do procedimento.

Estabelecimento diferenciado do valor da participação financeira do beneficiário por prestadores, exceto em caso de porta de entrada e direcionamento rede.

A participação financeira do beneficiário deverá ser feita diretamente a operadora, a partir da modificação da norma esta participação não poderá ser paga ao prestador de serviços.

Definição dos conceitos de mecanismos de regulação assistencial:

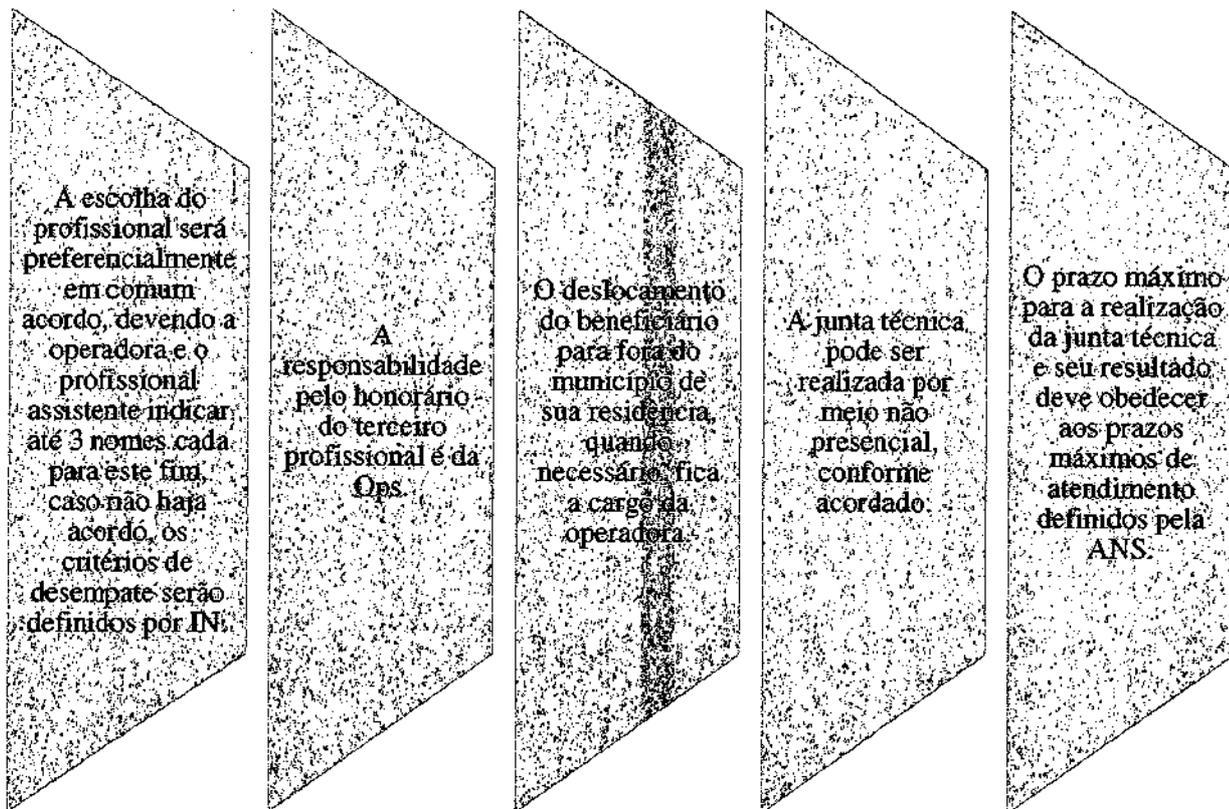
 **Autorização Prévia**
 Exigência de autorização por parte de pessoal administrativo ou técnico da operadora para a realização de determinado procedimento.

 **Porta de Entrada**
 Serviços de saúde previamente estabelecidos pelas operadoras para oferecer o atendimento inicial por profissional generalista, sem prejuízo do acesso às especialidades e aos serviços de maior complexidade quando houver necessidade clínica.

 **Hierarquização de acesso**
 Coordenação do acesso às especialidades e aos serviços de maior complexidade realizada pelo serviço de Porta de Entrada, com vistas à condução do itinerário terapêutico do paciente, sem prejuízo do acesso às especialidades e aos serviços de maior complexidade quando houver necessidade clínica.

 **Direcionamento de Rede**
 Condicionamento de cobertura de determinados procedimentos à sua realização em rede de prestadores de serviço especifica previamente definida pela operadora.

Os critérios para a realização de junta médica ou odontológica foram mais detalhados, os conceitos gerais estão apresentados a seguir:



Ampliação das vedações para a utilização de mecanismos de regulação assistencial como:

Situações de Urgência/Emergência

Utilizar Mecanismos Financeiros de Regulação específicos por enfermidades/patologias

Baseados em parâmetros estatísticos de produtividade, inibindo a solicitação de procedimentos pelos prestadores de serviços, já estabelecido pela Súmula Normativa 16, de 2011

Concessão de desconto e brindes de forma a desestimular a utilização dos serviços de saúde

Impedir acesso a especialidades ou serviços de maior complexidade, de modo a respeitar as coberturas obrigatórias e os prazos máximos de atendimento

Condicionar a realização de um procedimento à prévia realização de outro, de modo a respeitar as

coberturas obrigatórias e os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS

60
1

Negar procedimento se o profissional assistente não estiver credenciado pela operadora

Exigir a transcrição do pedido do profissional assistente não credenciado para a guia de autorização da operadora

É vedado exigir autorização prévia nas seguintes situações:

- ✓ Consultas
- ✓ Procedimentos Laboratoriais e Anatomia Patológica e Citopatologia, exceto aqueles classificados como Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e/ou com Diretriz de Utilização (DUU)
- ✓ Métodos Diagnósticos por Imagem, exceto para aqueles classificados como Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e/ou com Diretriz de Utilização (DUU)

Descrições pormenorizadas das motivações das proposições acima encontram-se disponíveis no Anexo deste relatório.

Portanto, para aplicação do proposto acima, são necessárias mudanças nos instrumentos normativos. Além disso, ainda haverá necessidade de se estabelecer uma regra de transição, uma vez que os contratos dos planos comercializados hoje em grande parte não estão adequados às novas regras.

8.3. Cenário 3: Alteração dos limites financeiros mantendo o restante das sugestões.

O último cenário apresenta características semelhantes ao Cenário 2, acima detalhado, exceto pela definição de tipologia dos produtos. No cenário 3, propõe-se a alteração dos limites financeiros em relação ao cenário 2, onde o valor da participação do beneficiário não deverá ultrapassar o valor de 50% do valor do procedimento pago pela operadora ao prestador de serviços. Além disso, o percentual da participação financeira do beneficiário poderia ser escalonada por procedimentos ou grupos de procedimentos até o limite máximo de 50%. Desde que a regra seja a mesma para todos os beneficiários de um mesmo plano.

No que se refere aos mecanismos de regulação de natureza assistencial não haveria mudanças, a alteração primordial seria em relação à tipologia por faixas de participação financeira, que não existiria neste último modelo e no valor máximo que neste cenário seria de 50%.

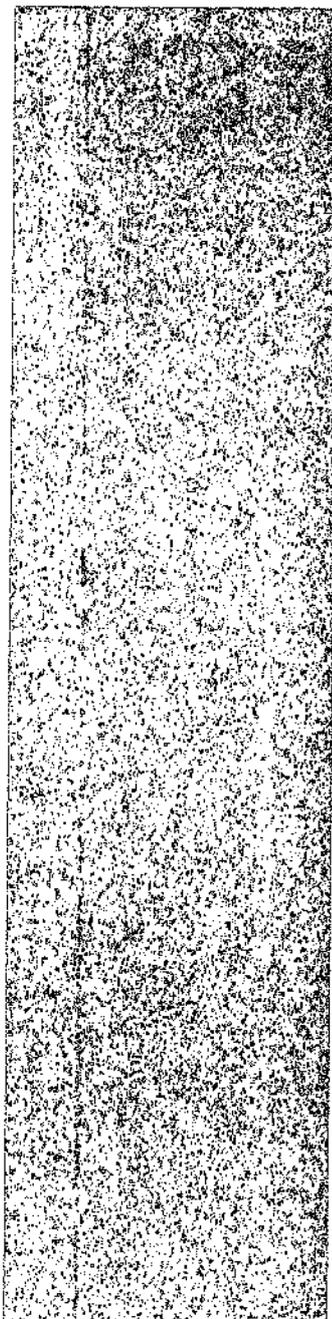
10. Formulação e comparação entre as alternativas

10.1. Análise de impactos dos cenários

A seguir, é apresentada a análise de cada um dos cenários estabelecidos para solução do problema detectado. Nesta avaliação, conforme exposto anteriormente, foram considerados pontos positivos e negativos de cada cenário regulatório, assim como prováveis impactos.

Em cada um dos cenários serão apresentadas as características que o compõem e eventuais particularidades.

	Cenário 1 Regulamentação Atual	Cenário 2 Nova regulamentação com limites financeiros estabelecidos por faixas	Cenário 3 Nova regulamentação com limite financeiro máximo sem definir faixas
Problemas quanto a definição do conceito de mecanismos de regulação	A norma atual não define o conceito geral de mecanismos de regulação, inclusive a diferença entre os mecanismos de regulação assistencial e financeiros. Adicionalmente, a norma cita quais seriam os mecanismos de regulação assistenciais e financeiros, entretanto não os define.	A nova norma conceitua claramente os mecanismos de regulação, inclusive a diferença entre os mecanismos de regulação assistencial e financeiros. Adicionalmente, detalha os diferentes tipos de mecanismo de regulação, sejam eles assistenciais ou financeiros.	A nova norma conceitua claramente os mecanismos de regulação, inclusive a diferença entre os mecanismos de regulação assistencial e financeiros. Adicionalmente, detalha os diferentes tipos de mecanismo de regulação, sejam eles assistenciais ou financeiros.
Problemas quanto a definição de requisitos para utilização dos mecanismos de regulação	A norma atual define alguns requisitos para utilização dos mecanismos de regulação, porém ao longo dos anos observou-se a necessidade de ampliar e tornar mais claros estes requisitos.	A nova norma esclarece e amplia os requisitos para utilização dos mecanismos de regulação. Define regras para os mecanismos financeiros como limites máximos com estabelecimento de	A nova norma esclarece e amplia os requisitos para utilização dos mecanismos de regulação. Define regras para os mecanismos financeiros como limites máximos com estabelecimento de



**Dificuldades de
implementação -
custos
administrativos**

Não há custos
administrativos
incrementais.

faixas de
coparticipação
máxima, reajustes; e
cobrança de fator
moderador em
internação etc, bem
como define melhor o
procedimento a ser
adotado em caso de
dúvidas a respeito das
divergências
assistenciais entre o
profissional assistente
e operadoras de plano
de saúde. Mantendo
uma lógica de
diminuição do
sobreuso dos serviços,
sem inibição do uso
devido, com a
proporcional redução
das contraprestações
pecuniárias. Há maior
transparência nos
critérios para a
utilização de
mecanismos de
regulação, facilitando a
implementação no que
concerne aos agentes
atingidos direta e
indiretamente.

Custos com
treinamento e
adequação dos
profissionais que
trabalham com o
gerenciamento dos
serviços de saúde da
operadora.
Necessidade de
estabelecimento de
regra de transição para
os produtos que não
estão adequados a nova

faixas de
coparticipação
máxima, reajustes; e
cobrança de fator
moderador em
internação etc, bem
como define melhor o
procedimento a ser
adotado em caso de
dúvidas a respeito das
divergências
assistenciais entre o
profissional assistente
e operadoras de plano
de saúde. Mantendo
uma lógica de
diminuição do
sobreuso dos serviços,
sem inibição do uso
devido, com a
proporcional redução
das contraprestações
pecuniárias. Há maior
transparência nos
critérios para a
utilização de
mecanismos de
regulação, facilitando a
implementação no que
concerne aos agentes
atingidos direta e
indiretamente.

Custos com
treinamento e
adequação dos
profissionais que
trabalham com o
gerenciamento dos
serviços de saúde da
operadora.
Necessidade de
estabelecimento de
regra de transição para
os produtos que não
estão adequados a nova

		<p>regra, além da necessidade de registro de novos produtos já adaptados.</p>	<p>regra, além da necessidade de registro de novos produtos já adaptados.</p>
<p>Problemas quanto à fiscalização e ao cumprimento e da norma.</p>	<p>A norma atual ainda deixa algumas lacunas, deste modo, a fiscalização e a capacidade de cumprimento da norma não está em sua potencialidade plena.</p>	<p>A nova norma traz maior transparência nos critérios para a utilização de mecanismos de regulação, facilitando a implementação no que concerne aos agentes atingidos direta e indiretamente.</p>	<p>A nova norma traz maior transparência nos critérios para a utilização de mecanismos de regulação, facilitando a implementação no que concerne aos agentes atingidos direta e indiretamente.</p>
<p>Problemas quanto à definição clara das regras para o pagamento da coparticipação pelo consumidor.</p>	<p>A norma atual não estabelece claramente para os consumidores as regras para o pagamento da coparticipação.</p>	<p>A nova norma detalha os requisitos para as operadoras que utilizam a coparticipação como mecanismo de regulação financeiro, facilitando a compreensão dos consumidores no momento da compra do produto.</p>	<p>A nova norma detalha os requisitos para as operadoras que utilizam a coparticipação como mecanismo de regulação financeiro, facilitando a compreensão dos consumidores no momento da compra do produto.</p>
<p>Impacto para os prestadores</p>	<p>A norma atual possibilita o pagamento à rede credenciada ou referenciada pelo beneficiário.</p>	<p>A nova norma retira a possibilidade de pagamento de fator moderador diretamente ao prestador. Esta regra trará mais transparência e melhoria na relação com as operadoras, em especial no que concerne a pagamento.</p>	<p>A nova norma retira a possibilidade de pagamento de fator moderador diretamente ao prestador. Esta regra trará mais transparência e melhoria na relação com as operadoras, em especial no que concerne a pagamento.</p>

10.2. Resultado da aplicação da Ferramenta de análise de impacto intermediária

A seguir, serão apresentados os resultados da ferramenta de Análise de Impacto Intermediária.

62
7

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO GERAL

PONTUAÇÃO GERAL

	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
1. EFICIÊNCIA	70	60	60
2. EFETIVIDADE	10	90	63
3. EQUIDADE	37	70	70
4. TRANSPARÊNCIA	44	84	79
5. RAZOABILIDADE	90	77	77
TOTAL GERAL	251	381	349
MÉDIA GERAL	50	76	70
% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA	55,77%	84,66%	77,46%

ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)

3	2
----------	----------

De acordo com a simulação realizada, a alternativa 2 alcançou a maior pontuação em relação aos critérios de eficiência, efetividade, equidade, transparência e razoabilidade.

11. Considerações finais

Como já exposto, a Resolução CONSU 8, de 1998, foi um marco na regulação, visto que delimitou o uso de mecanismos de regulação de uso de serviços pelas operadoras e estabeleceu premissas fundamentais, as quais foram incorporadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando de sua criação em 2000 e que continuam válidas até o momento.

Entretanto, considerando as lacunas existentes na referida norma — falta de clareza nos conceitos dos diferentes tipos de mecanismos de regulação assistenciais e financeiros; ausência de regras para os mecanismos financeiros como limites máximos; reajustes dos mecanismos financeiros; carência de regras claras para cobrança de fator moderador, por exemplo, em internação; e dúvidas a respeito das divergências assistenciais entre o profissional assistente e as operadoras de planos de saúde — bem como a necessidade de atualização das regras para utilização de mecanismos de regulação de forma a compatibilizar com os normativos mais atuais vigentes, houve a necessidade de aprimorar a norma para a utilização de mecanismos de regulação no setor suplementar de saúde. A nova norma diminuirá a assimetria de informação e trará maior transparência nos critérios para a utilização de mecanismos de regulação, facilitando a implementação no que concerne aos agentes atingidos direta e indiretamente.

Propõe-se ainda, que esta nova Resolução se aplique aos contratos celebrados na vigência da Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores à sua vigência, a partir das respectivas adaptações, além de revogar a Resolução CONSU nº 8, de 1998.

11.1. Recomendação preferencial (first best)

A recomendação preferencial consiste em revisar a norma conforme detalhado neste relatório e para efeito da utilização de Mecanismo de Regulação Financeiro, instituir três tipos de planos privados de assistência à saúde:

- a. Tipo I: Plano com participação financeira do beneficiário dentro da seguinte faixa: maior que zero até 20% do valor do procedimento ($0\% < \text{participação financeira} \leq 20\%$);
- b. Tipo II: Plano com participação financeira do beneficiário dentro da seguinte faixa: maior que 20% até 30% do valor do procedimento ($20\% < \text{participação financeira} \leq 30\%$);
- c. Tipo III: Plano com participação financeira do beneficiário dentro da seguinte faixa: maior que 30% até 40% do valor do procedimento ($30\% < \text{participação financeira} \leq 40\%$).

A criação das tipologias tem como objetivo da maior uniformidade, favorecendo a compreensão do beneficiário em relação aos planos que utilizam Mecanismos Financeiros de Regulação, propiciando maior comparabilidade e transparência.

11.2. Recomendação alternativa (second best)

Na hipótese de não acolhimento da recomendação preferencial e tendo em vista os aspectos avaliados para os Cenários 2 e 3 desta AIR, uma recomendação alternativa seria a proposta do Cenário 3, no qual há apenas a alteração dos limites financeiros em relação ao cenário 2. O valor da participação do beneficiário não deverá ultrapassar o valor de 50% do valor procedimento.

1 Conceito de Mecanismos de Regulação de uso de serviços de saúde

Como citado anteriormente, a CONSU 8, de 1998, alterada por meio da Resolução CONSU 15, de 1999, esboça um conceito de Mecanismos de Regulação do uso de serviços de Saúde de forma indireta. A atual proposta procura conceituar de forma clara, direta e inequívoca o que são Mecanismos de Regulação do Uso de Serviços de Saúde, a saber:

“São meios e recursos técnico-assistenciais, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde com a finalidade de gerenciar a demanda, acesso ou serviços de saúde”.

1.1 Diferenciar os conceitos de Mecanismos de Regulação Assistenciais e Financeiros

A Resolução CONSU 8, de 1998, não conceitua e nem diferencia de forma clara mecanismos de Regulação Assistenciais e Financeiros. Foram estabelecidos pelo GT, conceitos para as duas modalidades de mecanismos de Regulação, que os diferencia de forma mais clara:

- i. Mecanismos de Regulação Assistencial são requisitos técnico-assistenciais e administrativos utilizados pelas operadoras para a realização dos procedimentos de cobertura obrigatória desde que especificados em contrato; e
- ii. Mecanismos de Regulação Financeiros (Fator Moderador) são mecanismos de participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele realizado, estabelecidos em contrato, na forma de franquia ou coparticipação.

Desse modo, os cenários 2 e 3 atenderiam esta necessidade de deixar mais claro que essas duas modalidades de mecanismos de regulação têm definições, características e regras próprias.

2 Estabelecer os requisitos gerais para a utilização de Mecanismos de Regulação

Conforme disposto acima os cenários 2 e 3 trariam requisitos adicionais que permitiriam ao beneficiário ter um conhecimento mais adequado a cerca dos mecanismos financeiros adotados pelo plano contratado.

3 Conceituar os tipos de Mecanismos de Regulação Assistencial

O GT elaborou os conceitos de forma a clarear o entendimento, bem como levou em consideração que os Mecanismos de Regulação Assistencial devem ser utilizados de forma a

organizar o fluxo dos atendimentos e estabelecer modelos de atenção específicos, entretanto, vedando a sua utilização com o objetivo de cercear o acesso aos procedimentos de maior complexidade e de cobertura obrigatória.

Além disso, como a expressão 'Referenciamento de Rede' tem sido entendida e utilizada como sinônimo de 'Direcionamento de Rede', a primeira expressão foi excluída para não causar confusão com o conceito de Rede Referenciada, usualmente utilizada pelas seguradoras.

Conforme abordado na discussão acerca do cenário 2 a definição dos conceitos de mecanismos de regulação assistencial: autorização prévia; porta de entrada; hierarquização de acesso e direcionamento de rede, são extremamente relevantes.

4 Estabelecer os requisitos para a utilização de Mecanismos de Regulação Assistencial

Além dos conceitos, estão sendo sugeridos alguns requisitos para utilização dos mecanismos de regulação assistencial, assegurando assim o acesso aos procedimentos e eventos de maior complexidade e em tempo oportuno, compatibilizando, assim, com as coberturas mínimas obrigatórias estabelecidas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS e com as regras estabelecidas pela RN nº 259, de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e pela RN 395, de 2016, que dispõe sobre a informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista.

Desse modo, o GT propõe os seguintes requisitos para a utilização de Mecanismos de Regulação Assistenciais pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde:

- Os Mecanismos de Regulação Assistenciais deverão ser operacionalizados respeitando o direito de acesso aos procedimentos de cobertura obrigatória, estabelecidos, tanto pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, quanto pelas cláusulas contratuais entre operadora e beneficiário;
- Os Mecanismos de Regulação Assistenciais deverão ser operacionalizados respeitando os prazos máximos de atendimento, estabelecidos pela ANS, inclusive nos casos de divergências assistenciais; e
- Quando da autorização prévia, em casos de negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista, credenciado ou não, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão informar ao beneficiário, detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando

a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique, nos termos da Resolução Normativa nº 395, de 14 de janeiro de 2016 ou outra que venha a substituí-la.

5 Definir as vedações de Mecanismos de Regulação Assistencial

A CONSU 8, de 1998, já estabelecia alguns limites e vedações, os quais foram mantidos e ampliados na nova proposta, deixando mais claro, tanto para as operadoras, quanto para os beneficiários e demais áreas técnicas da ANS, o que é permitido e o que é vedado. Importante destacar que as premissas da CONSU 8, de 1998, foram mantidas. Destaca-se a ampliação das vedações no que se refere aos casos de autorização prévia para alguns procedimentos de menor complexidade e mais usuais.

6 Conceituar e estabelecer o instrumento de Junta Médica/Odontológica

A Resolução CONSU 8, de 1998, é bastante genérica em relação às divergências assistenciais, tema que tem criado controvérsias no setor suplementar de saúde.

Embora haja a previsão de “junta” na CONSU 8, de 1998, de forma genérica, várias outras questões relativas às divergências assistenciais ficaram pendentes. Desse modo, foi proposto um maior detalhamento na nova Resolução, inclusive para compatibilização com a RN do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que já cita algumas regras para divergências assistências no caso de Órteses, Próteses e de Materiais Especiais – OPME, e com a RN 259, de 17 de junho de 2011, que normatiza os prazos para a realização de procedimentos.

Em relação às Divergências Assistenciais, foram estabelecidos:

i. Conceitos para ‘Divergências Assistenciais’ e para ‘Junta Médica/Odontológica’:

- **Divergência Assistencial:** desacordo entre a operadora e o profissional de saúde assistente sobre a indicação de procedimento ou evento em saúde de cobertura obrigatória quando da autorização prévia.
- **Junta Médica/Odontológica:** conjunto de profissionais de saúde reunidos presencialmente ou à distância com a finalidade específica de avaliar a indicação pelo profissional assistente de procedimento terapêutico ou diagnóstico nos casos de divergências assistenciais, com vistas à cobertura pelo plano de saúde, composta pelo profissional assistente; o profissional da operadora e um terceiro profissional escolhido de comum acordo entre as partes.

ii. Critérios de escolha para o terceiro profissional:

- A escolha do profissional será preferencialmente feita em comum acordo, devendo a operadora e o profissional assistente indicar até 03 (três) nomes cada para esta finalidade, caso não haja acordo, os critérios de desempate serão definidos por Instrução Normativa estabelecida pela DIPRO.

iii. Regras e prazo para a realização da junta:

- A responsabilidade pelo honorário do terceiro profissional é da operadora;
- O deslocamento do beneficiário para fora do município de sua residência, quando necessário, fica a cargo da operadora.
- A junta técnica pode ser realizada por meio não presencial, conforme acordado entre as partes;
- O prazo máximo para a realização da junta técnica e seu resultado deve obedecer aos prazos máximos de atendimento definidos pela ANS.

7 Estabelecer o conceito e os limites máximos dos Mecanismos de Regulação Financeiros

Desse modo, para conceituar ‘franquia’ e ‘coparticipação’ foram considerados além do uso corrente dos dois termos de forma indiscriminada pelo setor, o fato do Parecer da Procuradoria já citado explicitar que os dois conceitos, segundo o que preconiza a Lei 9.656/98, devem ser bastante assemelhados e devem ser estabelecidos pela ANS. Assim, o GT optou pela elaboração de um conceito único abrangendo as duas expressões.

Além disso, a despeito da pequena diferença conceitual estabelecida entre esses termos na CONSU 8, de 1998, para ambas as situações foram estabelecidas, entre outras, três vedações importantes com base na Lei 9.656, de 1998:

- É vedado estabelecer coparticipação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário;
- É vedado o estabelecimento de fator restritor severo ao acesso aos serviços; e
- É vedado estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

As três vedações importantes estabelecidas na CONSU 8, de 1998, foram mantidas na proposta da nova Resolução, entretanto, foram especificados também valores percentuais máximos por faixa, além de outros limitadores à participação financeira do beneficiário para a internação e para procedimentos ambulatoriais, assim, deixando mais claro o que seria um fator restritor severo, expressão utilizada de forma genérica na CONSU 8/98, mais sem especificação.

Nesse sentido, a proposta do GT é a seguinte:



Constituem-se Mecanismos Financeiros de Regulação ou Fatores Moderadores:

Coparticipação ou Franquia.

- Para fins desta Resolução Normativa, coparticipação ou franquia é a participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele efetivamente realizado, podendo ser estabelecido em formato percentual ou em moeda corrente.
- Para efeito da utilização de Mecanismos de Regulação Financeiros, ficam instituídos os seguintes tipos de planos privados de assistência à saúde:

Tipo I: Plano com participação financeira do beneficiário dentro da seguinte faixa: maior que zero até 20% do valor do procedimento ($0% < \text{participação financeira} \leq 20\%$);

Tipo II: Plano com participação financeira do beneficiário dentro da seguinte faixa: maior que 20% até 30% do valor do procedimento ($20% < \text{participação financeira} \leq 30\%$);

Tipo III: Plano com participação financeira do beneficiário dentro da seguinte faixa: maior que 30% até 40% do valor do procedimento ($30% < \text{participação financeira} \leq 40\%$).

- As faixas máximas de participação financeira dos beneficiários estabelecidos para cada tipologia deverão ser aplicadas considerando os limitadores adicionais estabelecidos para os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de acordo com as regras estabelecidas na Resolução Normativa.
- Em cada tipologia, fica a critério das operadoras não cobrar coparticipação financeira do beneficiário para procedimentos ou grupos de procedimentos e eventos em saúde específicos.

A criação das tipologias tem como objetivo dar maior uniformidade, favorecendo a compreensão do beneficiário em relação aos planos que utilizam Mecanismos Financeiros de Regulação, propiciando maior comparabilidade e transparência.

Foi realizada pesquisa nos diversos países do mundo sobre a utilização de mecanismos financeiros de regulação. Em países nos quais o contexto é muito diferenciado do brasileiro, como França, Austrália ou Canadá, ficou mais difícil estabelecer um paralelo.

Embora nos Estados Unidos os mecanismos de 'franquia' e 'coparticipação' sejam utilizados de uma forma muito mais generalizada, tendo a franquia nos moldes do mercado de seguro, o mercado americano tem a peculiaridade de dividir os planos de saúde do ponto de vista de coparticipação em quatro grupos, com valores máximos por grupo, o que confere uma maior

uniformidade aos tipos de planos que podem ser comercializados. Entre os quatro grupos, pelo menos dois devem ser obrigatoriamente comercializados pelas operadoras em cada local de comercialização e o valor máximo de coparticipação é de 40%.

Desse modo, levando-se em consideração essa experiência internacional com adaptações para a realidade brasileira e com a finalidade de dar mais homogeneidade; transparência; e comparabilidade entre os planos que utilizam mecanismos de regulação no setor suplementar brasileiro, optou-se pela utilização das três tipologias acima.

8 Definir os Requisitos para o uso de Mecanismos Financeiros de Regulação

Foram estabelecidos os seguintes requisitos para utilização de Mecanismos de Regulação financeiros

- a) As regras de participação financeira do beneficiário devem estar claramente descritas no instrumento contratual.
- b) Os planos devem ser enquadrados em um dos três tipos instituídos pela RN, respeitados as faixas de valores máximos de participação financeira do beneficiário e demais limitadores estabelecidos para os procedimentos ambulatoriais e para a internação.
- c) O financiamento integral do procedimento por parte do beneficiário é vedado.
- d) A participação financeira do beneficiário deve ser paga exclusivamente à operadora após a efetivação do procedimento.
- e) A participação financeira do beneficiário para procedimentos ambulatoriais deverá cumprir os seguintes requisitos:
 - ✓ A participação financeira máxima do beneficiário é aquela estabelecida para cada tipologia instituída na RN, desde que não ultrapasse ao valor correspondente a duas vezes o valor da sua contraprestação pecuniária;
 - ✓ A participação financeira do beneficiário poderá ser estabelecida de forma diferenciada por procedimentos ou grupos de procedimentos, desde que observe as faixas de valores máximos de participação financeira do beneficiário para cada um dos três tipos instituídos.

A participação financeira do beneficiário em internações hospitalares deverá cumprir os seguintes requisitos:

- ✓ Para fins desta resolução, a internação hospitalar é considerada como evento único, sendo que a participação financeira do beneficiário não poderá ser estabelecida de forma diferenciada por enfermidades, categorias diagnósticas, procedimentos e/ou grupos de procedimentos;
- ✓ Quando adotada, deve ser aplicada para todas as especialidades médicas;

- 66
1
- ✓ Será estabelecida em valores pré-fixados, devendo o valor estar expresso no instrumento contratual em moeda corrente;
 - ✓ Não será estabelecida em percentuais sobre o valor do procedimento internação;
 - ✓ A participação financeira máxima do beneficiário a ser aplicada deverá ser limitada a duas vezes o valor da sua contraprestação pecuniária, desde que não ultrapasse os percentuais por faixa estabelecidos para cada tipologia instituída nesta RN do valor total da internação.
 - ✓ Para internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias, foi proposto que seja permitida a fixação de participação financeira do beneficiário, por ano de contrato, crescente ou não, limitada às faixas percentuais estabelecidas para cada tipologia instituída sobre o valor total da internação contratualizado com o prestador.

O limitador adicional de duas vezes o valor da contraprestação pecuniária do beneficiário foi estabelecido com o objetivo de evitar fator restritor severo e foi estabelecido, levando-se em consideração a capacidade de pagamento do beneficiário.

Em relação às participações financeiras dos beneficiários quando da introdução de novos procedimentos e eventos em saúde no Rol da ANS, não há previsão na Resolução CONSU nº 8, de 1998. A atual proposta faz as seguintes recomendações:

- ✓ Quando o novo procedimento ou evento pertencer a um grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecida alguma participação financeira do beneficiário, o novo procedimento receberá o mesmo percentual ou valor do seu grupo;
- ✓ Quando o novo procedimento não pertencer a nenhum grupo predefinido ou se a operadora estabelecer participação financeira do beneficiário de forma individualizada para cada procedimento, caberá à operadora definir se haverá ou não coparticipação/franquia para o novo procedimento e qual será o valor ou percentual, observadas as regras dispostas na presente resolução; e
- ✓ A efetiva cobrança da participação financeira do beneficiário para o novo procedimento somente poderá ser aplicada posteriormente ao devido aditamento contratual.

9 Definir as vedações para a utilização de Mecanismos Financeiros de Regulação

Parte das vedações já constava da CONSU 8/98, mas foram ampliadas e adaptadas ao contexto atual da regulação:

Propõe-se a vedação das seguintes práticas no estabelecimento de mecanismos de regulação financeiros:

1. Financiamento integral do procedimento ou evento em saúde por parte do beneficiário;

2. Pagamento direto do beneficiário ao prestador de serviço;
3. Exigência de qualquer pagamento no ato da autorização do procedimento;
4. Estabelecimento de mecanismos de regulação financeiros diferenciados por usuários, faixas etárias, graus de parentesco e enfermidades dentro de um mesmo plano/contrato;
5. Estabelecimento diferenciado do valor da participação financeira do beneficiário por prestadores, excepcionado em caso de porta de entrada, direcionamento de rede e rede própria da operadora, quando então poderá haver redução ou até isenção total da participação financeira do beneficiário;
6. Estabelecimento diferenciado do valor da participação financeira do beneficiário por procedimento, conjunto de procedimentos e/ou enfermidades em internações hospitalares;
7. Estabelecimento de participação financeira do beneficiário em procedimentos ambulatoriais específica para órteses, próteses e materiais especiais (OPME) e medicamentos, devendo restringir-se ao procedimento realizado.

Além das vedações a algumas práticas, quando do estabelecimento de mecanismos de regulação financeiros, o GT propõe também a vedação da instituição de mecanismos de regulação financeiros para os seguintes procedimentos e ações em saúde. Essa vedação do uso de mecanismos de regulação para os procedimentos elencados a seguir tem como justificativa que parte desses procedimentos é fundamental e não está sujeitos ao chamado “risco Moral” pelos próprios riscos e especificidades dos procedimentos; outra parte são procedimentos ou eventos em saúde que são estimulados, como os procedimentos de rastreamento/preventivos; e um terceiro grupo, que são de procedimentos voltados para saúde ocupacional, que por força legal, são obrigatórios.

Desse modo, foi proposta a vedação do estabelecimento de participação financeira do beneficiário para os seguintes grupos de procedimentos:

- ✓ Procedimentos de hemoterapia, quimioterapia oncológica, radioterapia e terapia renal substitutiva;
- ✓ Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;
- ✓ Nos seguintes procedimentos preventivos: coleta e citologia oncológica para prevenção de câncer de colo de útero na faixa etária de 25 a 64 anos, mamografia digital ou convencional em mulheres entre 50 e 69 anos, sangue oculto nas fezes e colonoscopia na faixa etária acima de 50 anos; e
- ✓ Nos procedimentos e eventos em saúde voltados para saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.

10 Estabelecer Regras para o Reajuste dos Mecanismos Financeiros de Regulação

Na CONSU 8, de 1998, não havia previsão de mecanismos de reajustes da participação financeira do beneficiário nos planos que previssem mecanismos financeiros de regulação. Na atual proposta, a participação financeira do beneficiário, coparticipação ou franquia, poderá sofrer reajustes desde que preservada a anualidade dos contratos. 67

- Para os planos individuais ou familiares, os valores relativos à participação financeira do beneficiário não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao reajuste anual autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária, observadas ainda as limitações dispostas nesta Resolução.

Os contratos de planos coletivos, a participação financeira do beneficiário será feita por livre negociação, observadas as limitações dispostas na nova Resolução, devendo ser comunicada à ANS pela Internet, por meio de aplicativo RPC, na forma da IN 13, de 2006

DESPACHO Nº: 3/2017/ASSNT-DIDES/DIRAD-DIDES/DIDES

PROCESSO Nº: 33910.000554/2017-50

À DICOL

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE CONSULTA PÚBLICA

1. Trata-se do processo sobre Mecanismos Financeiro de Regulação, cuja audiência pública realizada em 20/03/2017 foi aprovada na última reunião de Diretoria Colegiada.
2. Submetemos o tema novamente a esta Diretoria Colegiada tendo em vista a Carta do IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, que solicitou a dilação do prazo para possibilitar uma melhor análise da proposta.
3. Considerando tal manifestação a DIDES decidiu realizar uma Consulta Pública, com duração de 30 dias, a ser realizada após a Audiência Pública, respeitando os prazos previstos na legislação.
4. Uma vez que a DIDES e a ANS prezam pela transparência de seus atos e pela maior participação da sociedade como forma de legitimar sua atuação, solicitamos a realização da Consulta Pública, conforme prevista pela RN 242/10^[1]:

[1] Art. 4º Por deliberação da Diretoria Colegiada da ANS, as propostas de atos normativos poderão ser submetidas à consulta pública.

Art. 5º A consulta pública será formalizada por meio de publicação no [Diário Oficial da União – D.O.U.](#) e divulgada no [sítio da ANS na internet](#).

§ 1º A publicação de que trata o **caput** deverá conter:

I – o período de recebimento de sugestões e contribuições;

II – a forma do encaminhamento das sugestões e contribuições; e

III – a indicação do **link** no [sítio da ANS na internet](#) onde se encontra a minuta objeto da consulta pública e os demais documentos importantes para a sua apreciação.

§ 2º O período de consulta pública terá início 07 (sete) dias após a publicação de que trata

o **caput** e terá duração de, no mínimo, de 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado a critério da Diretoria Colegiada da ANS.

Atenciosamente,

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, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 15/03/2017, às 15:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **MICHELLE MELLO DE SOUZA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 15/03/2017, às 15:54, 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 **0429060** e o código CRC **E333BBC2**.