

# RELATÓRIO DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO - RAIR

**TEMA:** MECANISMOS DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

**DIRETORIA:** Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO

**GERÊNCIA-GERAL:** Gerência Geral Regulatória da Estrutura de Produtos - GGREP

**GERÊNCIA:** Gerência Econômico-Financeira e Atuarial do Produtos - GEFAP

**EQUIPE TÉCNICA:**

Bruno Santoro Morestrello

Cláudia Tanaka

Daniele Rodrigues Campos (gerente)

Glauco Carreira

Heitor Franco Werneck

Joao Boaventura Branco de Matos

Luciana Santos Figueira

Marcelo Gurgel da Silva

Mauricio Sant´Ana

Pablo Eneas de Oliveira Rodrigues

Rodolfo Nogueira da Cunha

Thais Guimaraes Vieira

**RESPONSÁVEL:** Fabrícia Goltara Vasconcellos Faedrich

## Índice

<b>1 – SUMÁRIO EXECUTIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>2 – DO PROBLEMA REGULATÓRIO E DA IMPORTÂNCIA DO TEMA .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 PANORAMA DO SETOR .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO .....</b>	<b>9</b>
<b>3 – DOS AGENTES ECONÔMICOS .....</b>	<b>12</b>
<b>4 – FUNDAMENTAÇÃO LEGAL .....</b>	<b>13</b>
<b>5 – HISTÓRICO NORMATIVO – RN Nº 433/18 .....</b>	<b>14</b>
<b>6 – OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS.....</b>	<b>20</b>
<b>7 – ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
CENÁRIO 1 - MANUTENÇÃO DA REGRA VIGENTE .....	20
CENÁRIO 2 – ESTABELECIMENTO DE LIMITES E DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTOS ISENTOS DA INCIDÊNCIA DE FATOR MODERADOR .....	21
CENÁRIO 3 – ABOLIÇÃO DOS LIMITES.....	22
<b>8 – CONTRIBUIÇÕES DA SOCIEDADE .....</b>	<b>23</b>
<b>9 – EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL .....</b>	<b>24</b>
<b>10 – REAJUSTES DOS FATORES MODERADORES .....</b>	<b>27</b>
<b>11 – COMPARAÇÃO ENTRE ALTERNATIVAS .....</b>	<b>28</b>
11.1 ANÁLISE MULTICRITÉRIO .....	32
<b>12 – ACESSO A INFORMAÇÕES .....</b>	<b>32</b>
<b>13 – RISCOS .....</b>	<b>33</b>
<b>14 – DA IMPLEMENTAÇÃO E POSTERIOR MONITORAMENTO .....</b>	<b>33</b>
<b>15 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO 1 - ANÁLISE MULTICRITÉRIO .....</b>	<b>37</b>

## 1 – Sumário Executivo

### Problemas Regulatórios

- Ausência de limites máximos para coparticipação e franquia (sejam limites por procedimentos, sejam limites globais);
- Não há procedimentos isentos: atualmente, pode haver incidência de fator moderador em qualquer procedimento;
- Incidência de fatores moderadores sobre medicamentos/materiais;
- Ausência de prazos para cobrança dos fatores moderadores;
- Acesso às informações.

### Objetivos

- Suprir as lacunas presentes no arcabouço regulatório atual (tais como indefinição do termo “fator restritor severo”);
- Garantir que os fatores moderadores sejam utilizados para o fim ao qual se destinam, ou seja, mitigar o problema do risco moral;
- Impedir cobranças desproporcionais;
- Garantir que não sejam utilizados para impedir acesso;

### Ações:

- a. Criação de limites máximos para a incidência de fatores moderadores e
- b. Estabelecer relação de procedimentos com vedação de fator moderador;

#### **a – Limites máximos para a incidência de fatores moderadores**

Conferir transparência e previsibilidade quando da contratação dos planos e da eventual utilização dos procedimentos suscetíveis aos fatores moderadores, impedindo cobranças desproporcionais e não comprometendo a capacidade de pagamento dos beneficiários.

#### **b - Estabelecer relação de procedimentos com vedação de fator moderador**

Garantir que os fatores moderadores sejam utilizados para o fim ao qual se destinam (mitigar o problema do risco moral), impedindo que sejam cobrados sobre procedimentos que claramente não são objeto de risco moral.

### Possíveis Alternativas Regulatórias

1. Não fazer nada - manutenção da regra vigente (indefinição de fator restritor severo e incidência de fator moderador para qualquer procedimento)
2. Criação de limites máximos por procedimento e globais (mensal/anual) e criação de lista de procedimentos com vedação da incidência de fator moderador
3. Abolição de limites

### **Alternativas regulatórias sugeridas**

- Definição de limites máximos por procedimento
- Criação de limites globais (mensal/anual)
- Criação de lista de procedimentos isentos

### **Possíveis impactos das medidas sugeridas**

- Fortalecimento do arcabouço regulatório
- Melhoria da atuação da ANS, que passará a ter regras claras para fiscalizar
- Aumento do preço de entrada para novos contratos
- Maior segurança jurídica
- Maior proteção do beneficiário, que contará com maior previsibilidade

## **2 – Do problema regulatório e da importância do tema**

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, prevê, em seu artigo 16, a existência dos mecanismos de regulação financeiros, mais especificamente a coparticipação e a franquia.

*Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

*(...)*

*VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação 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)*

Posteriormente, a regulamentação ocorreu por meio da Resolução nº 08, de 03 de novembro de 1998, do CONSU – Conselho de Saúde Suplementar, norma que ainda hoje concentra as regras concernentes ao tema.

Os mecanismos financeiros de regulação consistem em um fator moderador do uso do plano de saúde pelos beneficiários. Existem mecanismos de regulação não financeiros, tais como, o direcionamento para rede própria, médico-porteiro, autorização prévia etc. O fator moderador – coparticipação e franquia – se justifica devido à existência do fenômeno conhecido em economia como "risco moral".

O risco moral corresponde à situação em que o indivíduo altera seu comportamento de acordo com o contexto econômico no qual está inserido. Em seguro, o risco moral se manifesta uma vez que o indivíduo, pelo fato de estar segurado, pode modificar seu comportamento, alterando a probabilidade de ocorrência do risco coberto contratualmente.

Conforme Pauly (1968)<sup>1</sup>, de acordo com a literatura de seguro de saúde, a redução do custo marginal pode aumentar seu uso, característica cunhada como “risco moral”. Uma vez que o custo do excesso de uso do indivíduo está distribuído por todos os demais segurados, o indivíduo não possuiria incentivo para conter o uso dos serviços médicos.

Notadamente no mercado de saúde suplementar, o risco moral pode levar a uma sobreutilização dos serviços de saúde. Assim, o fator moderador tem a finalidade de, como o próprio nome sugere, moderar o uso dos serviços médicos de forma a mitigar a sobreutilização e desperdícios, racionalizando o uso dos serviços médicos contratados, tendo como objetivo atuar na decisão do beneficiário de buscar ou não determinado atendimento, forçando-o a refletir sobre a necessidade dele.

Destaca-se, ainda, que a utilização de fator moderador não é obrigatória, sendo facultada à operadora o oferecimento ou não de produtos com este mecanismo de regulação, assim como ao contratante é facultada a escolha desse tipo de produto.

A inclusão de fator moderador nas características dos planos tende a diminuir o valor da contraprestação pecuniária paga mensalmente pelo beneficiário. Entretanto, esses dois atributos do plano não se confundem, visto que possuem finalidades distintas.

A contribuição é a contrapartida paga pelo beneficiário à operadora para ter seu risco coberto. Assim, caso o risco se materialize (necessidade de atendimento médico-hospitalar), a responsabilidade por arcar com os custos deste risco, materializado como evento, passa a ser da seguradora/operadora, conforme condições previstas contratualmente. Findo o prazo de cobertura, o beneficiário deve efetuar nova contribuição para que se inicie um novo período de cobertura.

Note-se que enquanto a contribuição pecuniária deve ser paga periodicamente, independentemente de ocorrer ou não o evento segurado, o mecanismo financeiro de regulação, por sua vez, está vinculado àquele evento específico, incidindo de forma pontual. O fator moderador deve ser desembolsado apenas quando da utilização dos serviços assistenciais, na forma prevista em contrato. Destarte, esses dois atributos são distintos e devem ter suas condições de estabelecimento, cobrança, reajustes, claramente estabelecidas em contrato.

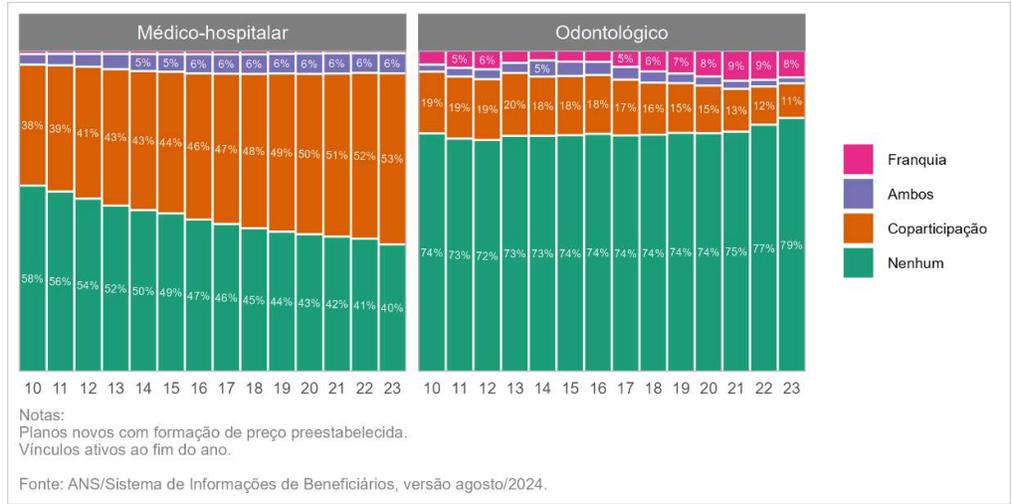
## **2.1 Panorama do setor**

Com o objetivo de demonstrar a importância do tema para a saúde suplementar, deve-se pontuar que dados relativos ao setor revelam tendência de aumento de beneficiários em contratos que possuem algum tipo de fator moderador, em especial coparticipação, no segmento assistencial médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica (Figura 1). Por outro lado, no segmento de cobertura exclusivamente odontológica, a proporção de beneficiários em planos com fator moderador mantém-se estável desde 2010.

---

<sup>1</sup> Pauly, Mark V. The Economics of Moral Hazard: Comment. American Economic Association. 1968.

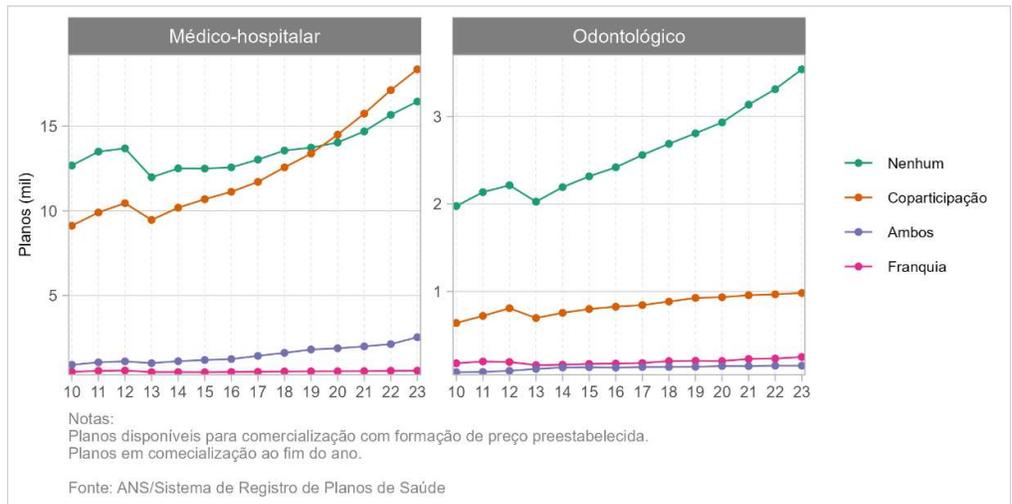
Figura 1. Proporção de beneficiários por tipo de fator moderador



Salienta-se que, enquanto em 2010, em torno de 42% de beneficiários em contratos com cobertura médico-hospitalar incluíam algum tipo de fator moderador, em dezembro de 2022, essa participação é de 59,2%. Com efeito, desde 2015 mais da metade dos beneficiários no segmento médico-hospitalar contam com mecanismos de regulação da utilização do plano. No segmento exclusivamente odontológico, em contrapartida, 78,7% dos beneficiários estavam em planos sem nenhum fator moderador em dezembro de 2022.

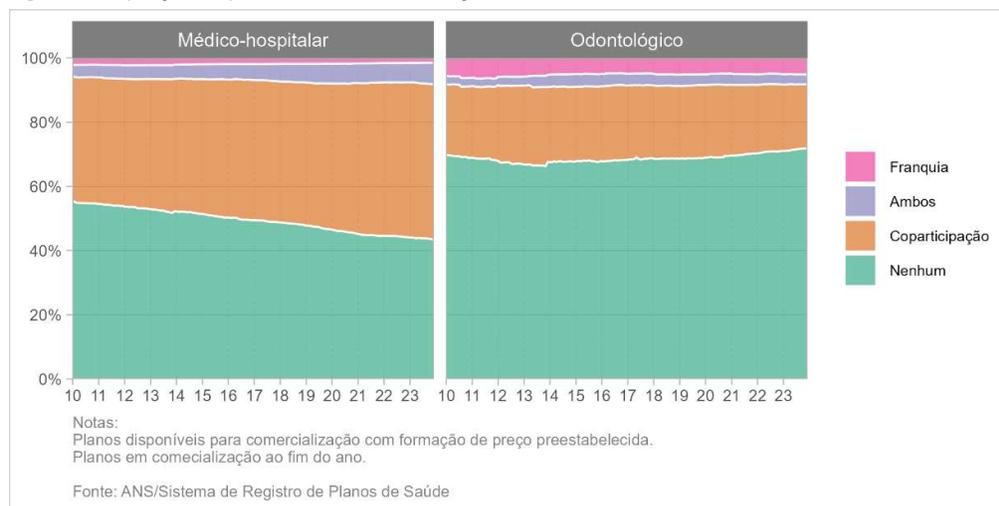
O aumento de beneficiários em contratos com fator moderador está em consonância com o portfólio de produtos posto à venda pelas operadoras no mercado de saúde suplementar. A Figura 2 permite verificar que a quantidade de planos ativos com fator moderador vem aumentando ao longo dos anos no segmento médico-hospitalar, particularmente planos com coparticipação que superou o número de planos sem fator moderador a partir de 2019. No segmento exclusivamente odontológico, a quantidade de planos com algum tipo de fator moderador tem se mantido estável.

Figura 2. Planos em comercialização por tipo de fator moderador



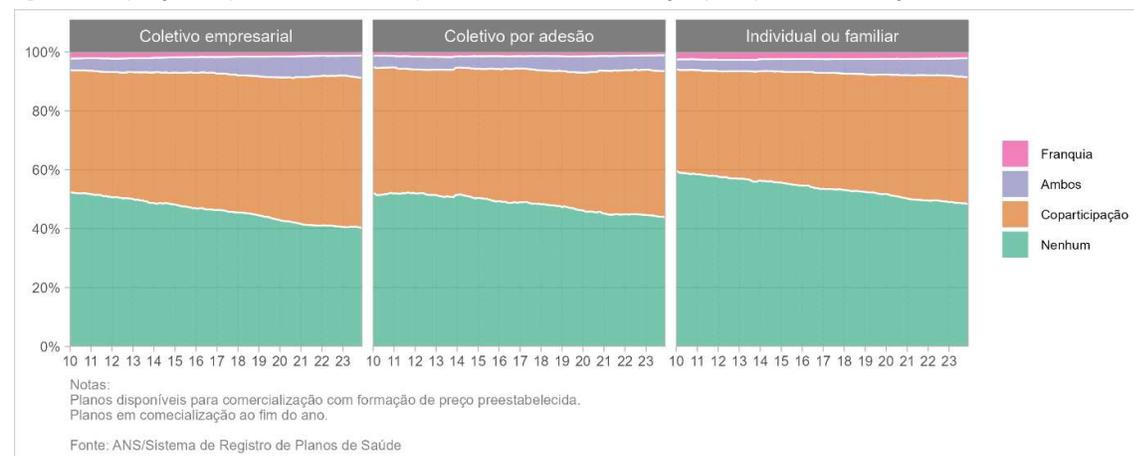
Também em termos percentuais nota-se um aumento gradual da proporção dos produtos com fator moderador em relação àqueles sem esse mecanismo de regulação (Figura 3).

Figura 3. Proporção de planos em comercialização



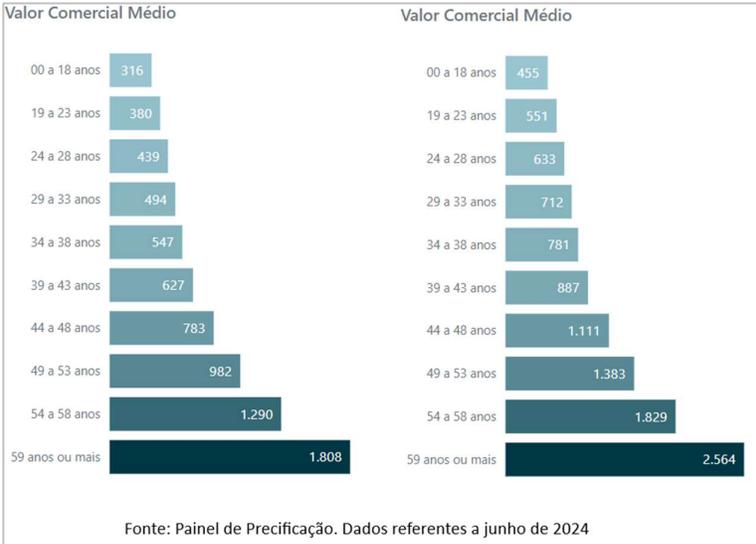
É interessante notar que esse aumento ocorre em todos os tipos de contratação, com uma aceleração ligeiramente maior nos planos individuais (Figura 4). É possível perceber, portanto, o crescente interesse do mercado de saúde suplementar na comercialização de produtos com mecanismos de regulação.

Figura 4. Proporção de planos médico-hospitalares em comercialização por tipo de contratação



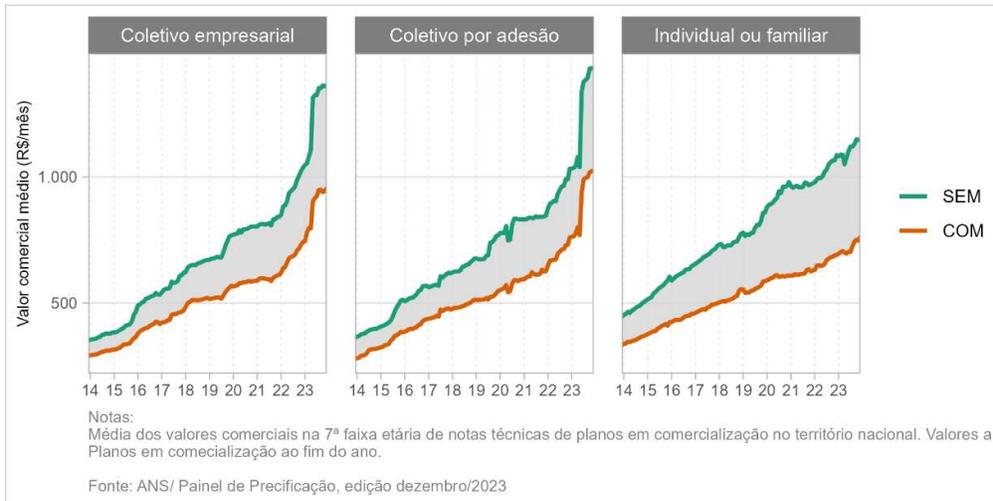
Quanto à precificação, os efeitos causados pela existência dos mecanismos de regulação são refletidos nos valores comerciais médios dos produtos, conforme consulta ao Painel de Precificação permite verificar (Figura 5).

Figura 5. Valor comercial médio com e sem fator moderador



A precificação dos planos médico-hospitalares com fator moderador era em média 30% menor que a dos planos sem fator moderador em junho de 2024 (Figura 6). Essa diferença é historicamente muito similar entre os planos de contratação coletiva empresarial e por adesão e aumentou gradualmente até 2020, se estabilizando desde então. Os planos individuais apresentam redução notadamente maior nos preços de planos com fator moderador em relação a planos sem mecanismos de regulação (em torno de 36,8%).

Figura 6. Diferença na precificação de planos com e sem fator moderador - 2014 a 2023



Evidencia-se, portanto, que os mecanismos de regulação financeiros possuem grande relevância para o setor, visualizando-se um interesse cada vez maior por parte das operadoras na oferta deste tipo de produto, que entende serem capazes de moderar o uso dos serviços assistenciais; assim como por parte dos beneficiários, cuja quantidade continua a aumentar. Não obstante, esse crescimento se deu em uma situação regulatória insuficiente, que não apresenta nitidez em alguns aspectos.

## **2.2 Descrição do problema regulatório**

Como anteriormente mencionado, os mecanismos financeiros de regulação estão, precipuamente, regulamentados pela Resolução CONSU nº 08, de 1998. Entretanto, as disposições encontradas nessa norma deixaram algumas lacunas regulatórias que, passados mais de 25 anos desde a sua entrada em vigor, ainda não foram preenchidas.

Desta forma, apresentam-se a seguir os principais problemas regulatórios relativos ao tema:

### **I. Ausência de limites máximos de coparticipação e franquia**

A Resolução CONSU nº 08, de 1998, claramente, teve a intenção de limitar cobranças que se caracterizassem como “financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços”. Assim, desde o início da regulamentação, mesmo antes da criação do órgão regulador, houve a preocupação em garantir que o fator moderador não fosse utilizado como obstáculo que restringisse, de forma severa, o acesso aos serviços de saúde.

Contudo, a norma não trouxe um balizador objetivo para a expressão, fato que comprometeu a aplicação prática desse dispositivo.

Em demandas recebidas pela área técnica, por vezes, é possível verificar contratos que estabelecem 50% de coparticipação para procedimentos seriados, o que representaria em grosso modo dizer que, a cada dois procedimentos realizados, um é custeado integralmente pelo beneficiário. Não é difícil imaginar o peso dessa medida no orçamento dos beneficiários, vez que muitos desses tratamentos são vitalícios.

### **II. Norma não estabelece procedimentos isentos de fatores moderadores**

Não se identifica na atual regulamentação a preocupação em isentar de mecanismos de regulação financeiros determinados procedimentos, seja pela sua natureza (que afastaria o fenômeno do risco moral), seja por alguma política regulatória de estímulo a exames preventivos.

Neste sentido, por meio de cláusulas contratuais obtidas junto ao setor de Ressarcimento ao SUS da ANS, é possível verificar a existência de cobranças de coparticipação em sessões de quimioterapia, radioterapia e hemodiálise. Entretanto, conforme discutido anteriormente, entende-se que há procedimentos que, por sua natureza, afastam o fenômeno do risco moral, sendo que esses três exemplos certamente se enquadram nessa categoria.

Ademais, em geral são tratamentos seriados que muitas das vezes devem ser realizados por toda a vida do beneficiário. Assim, a cobrança de fator moderador por cada sessão desses procedimentos certamente configurar-se-á fator restritivo severo, visto que, como mencionado, na atual regulamentação não há limites máximos para cobrança.

Cumprе esclarecer que as cláusulas acima mencionadas foram observadas em contratos obtidos junto à Gerência de Integração e Ressarcimento ao SUS – GEIRS, da DIDES, gerência responsável pela cobrança às operadoras dos procedimentos realizados por seus beneficiários no Sistema Único de Saúde - SUS.

De acordo com previsto no art. 32, da Lei nº 9.656, de 1998, são ressarcidos pelas operadoras de planos de saúde os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. Todavia, desses ressarcimentos podem ser descontados os valores relativos aos mecanismos de regulação financeiros, razão pela qual essas cláusulas são fornecidas pelas operadoras à ANS para fins de cálculo do valor devido relativo ao ressarcimento ao SUS.

Convém reforçar que os mecanismos de coparticipação e franquia não devem ser utilizados como forma de restringir o acesso nem como forma de compartilhamento de custos com o beneficiário. Os custos dos procedimentos devem ser arcados pelas contraprestações pecuniárias dos beneficiários, que irão refletir os custos das despesas assistenciais de uma forma geral.

### **III. Incidência de fatores moderadores sobre medicamentos/materiais**

Conforme entendimento histórico da ANS embasado na definição de coparticipação inscrita na Resolução CONSU nº 08, de 1998, a coparticipação incide sobre o procedimento. Ou seja, a cobrança deverá ser calculada com base no valor daquele procedimento estipulado no contrato, independentemente da escolha do medicamento/material utilizado realizada pelo médico assistente.

Contudo, ao mesmo tempo é possível que a operadora estipule no contrato que a coparticipação seja calculada com base no valor do procedimento, o que por fim incluirá o valor do medicamento/material.

Isto se torna especialmente problemático em um cenário em que, na prática, não há limites para cobrança do fator moderador, o que pode se afigurar como fator restritivo severo de acesso aos serviços de saúde, o que não é desejável.

O valor de coparticipação cobrado sobre um mesmo procedimento poderá variar enormemente a depender do medicamento utilizado, à revelia do beneficiário.

Há também o risco de operadoras tentarem agir sobre o prestador de serviços por meio de cobrança de coparticipação junto ao beneficiário, como uma forma de regular as prescrições realizadas pelos médicos assistentes.

Ressalta-se que o fator moderador não deve ser compreendido como ferramenta para induzir o beneficiário a questionar o prestador de serviços no momento da prescrição de determinado procedimento ou a escolha de determinada medicação ou marca de material.

Vale reforçar que as operadoras têm a possibilidade de regular as demandas oriundas de seus prestadores por meio de mecanismos de regulação assistenciais, não devendo fazê-lo por via indireta por meio de cobranças de coparticipação que recairão sobre o beneficiário.

### **IV. Ausência de prazo para cobrança**

Por sua natureza, é de se esperar que haja um determinado lapso temporal até que a cobrança do fator moderador chegue ao beneficiário. Primeiro é necessário que o procedimento seja realizado. Em seguida, o prestador deverá realizar o faturamento junto à operadora, prazo que pode variar bastante a depender do prestador. Somente após ter conhecimento da fatura é que a operadora poderá realizar

seus procedimentos para conferir a fatura e realizar a cobrança no boleto do beneficiário. Tal processo não está em sua totalidade na governabilidade das operadoras.

De toda sorte, o mecanismo financeiro de regulação deve estar claramente previsto no contrato, como valores a serem pagos (valor em percentual, valor fixo, tabela de referência etc.) e procedimentos sobre os quais incidem a coparticipação. Assim, toda vez que o beneficiário utilizar aquele procedimento, será devido o valor referente à coparticipação, conforme o contrato.

Esclarece-se que a ANS não disciplina o prazo para cobrança de coparticipação. No entanto, o Código Civil, em seu artigo 206, prevê o prazo de 5 (cinco) anos para prescrição de cobranças de dívidas constantes de instrumento público ou particular.

De toda forma, não se vislumbra que as operadoras tenham interesse em retardar essa cobrança de seus beneficiários. Por outro lado, não há regras definidas para a cobrança o que dificulta o controle e entendimento por parte do beneficiário de eventuais cobranças atrasadas pela operadora.

## **V. Reajuste do fator moderador**

Uma questão relevante se refere ao reajuste dos fatores moderadores. Assim como as contraprestações pecuniárias, é natural que a coparticipação e a franquia necessitem de reajuste periodicamente.

Atualmente, a regulação é mais explícita em relação ao reajuste dos fatores moderadores (tanto coparticipação quanto franquia) no caso dos contratos individuais. Para este tipo de contratação, assim a RN nº 565/2022 determina:

*Art. 8º O índice de reajuste máximo a ser autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos tratados no art. 3º desta Resolução, calculado com base nas regras da Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018, ou norma que vier a sucedê-la, será publicado no Diário Oficial da União e no sítio institucional da ANS na internet, após aprovação da Diretoria Colegiada da ANS.*

*Parágrafo único. Os valores relativos às franquias ou coparticipações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária.*

No caso dos contratos coletivos, o reajuste ficaria por conta da negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora, não havendo transparência na negociação para o beneficiário em si.

## **VI. Acesso a informações**

Outro ponto a ser considerado se refere às informações disponíveis aos beneficiários no momento da cobrança do fator moderador. Em que pese a Resolução CONSU nº 08, de 1998, não versar explicitamente sobre a obrigatoriedade de que o boleto de mensalidade contenha um extrato de utilização do valor cobrado, é direito básico do consumidor ter informação sobre o que está sendo cobrado, conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor, não sendo possível à operadora cobrar por valores sem explicar a que se referem.

Além disso, desde a entrada em vigor da Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015, consolidada em função do Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019, na Resolução Normativa ANS nº 509, de 30 de março de 2022, que dispõem sobre a transparência das informações no âmbito da

saúde suplementar, estabeleceu-se a obrigatoriedade da disponibilização de um conteúdo mínimo de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil.

Desse modo, a operadora deve disponibilizar, para os beneficiários titulares e dependentes de planos de saúde, acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, o qual contém diversas informações sobre o relacionamento deles com a operadora, incluindo procedimentos realizados.

O PIN-SS consiste em um repositório de informações individualizadas relativas ao beneficiário, titular ou dependente, do plano privado de saúde, em área específica e restrita do portal da operadora.

Contudo, malgrado a exigência acima mencionada, cumprindo, especialmente, a finalidade de transparência e histórico de utilização, há que se considerar que a forma mais direta de acesso à informação seria a discriminação dos serviços no próprio boleto em que está sendo cobrada a coparticipação ou franquia, no entanto, como já citado, a atual regulamentação não dispõe explicitamente sobre essa obrigatoriedade.

## **VII. Revogação da Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018**

No ano de 2018, a ANS buscou fazer uma ampla regulamentação sobre o tema mecanismos financeiros de regulação, o que resultou na edição da Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018. Essa norma trouxe importantes avanços, como a definição de limites financeiros, bem como listava procedimentos que estariam isentos da incidência de mecanismos financeiros de regulação. Todavia, foi revogada, antes mesmo da sua entrada em vigor, retornando-se ao status quo anterior, regido pela Resolução CONSU nº 08/1998.

Nessa conjuntura, cumpre reconhecer que a discussão envolvida e a breve existência da Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018, geraram expectativas na sociedade quanto ao preenchimento das lacunas regulatórias acima mencionadas.

## **3 – Dos agentes econômicos**

Entende-se que os principais agentes afetados pelo problema são operadoras e beneficiários, não afastando os efeitos no Judiciário e no próprio órgão regulador.

Com o cenário atual, as operadoras não têm segurança jurídica para elaborar seus produtos, uma vez que os parâmetros dos mecanismos financeiros de regulação de seus contratos podem ser mais facilmente questionados, diante da ausência de referências normativas.

Por outro lado, pelo mesmo motivo, as operadoras podem estabelecer valores de coparticipação e franquia demasiadamente altos, que inibam o acesso aos serviços médicos por parte dos beneficiários. Estes, por sua vez, se verão em condições frágeis para questionar dada a ausência de definição normativa do limite máximo.

Da mesma maneira, podem ser estabelecidos fatores moderadores em procedimentos que poderiam prescindir de tal mecanismo, uma vez que sua finalidade precípua é mitigar o fenômeno conhecido como risco moral.

Por fim, vale citar também o poder judiciário e a própria ANS, que terão balizadores claros para suas atividades de julgamento e fiscalização.

Não se vislumbram maiores impactos nos prestadores de serviços.

A Tabela 1 abaixo resume os impactos sobre os diferentes agentes envolvidos na saúde suplementar:

Tabela 1. Impacto dos problemas regulatórios sobre agentes do setor

Agente	Problema causado	Problema sofrido
Operadoras	Estabelecimento de cláusulas com fator moderador sem limites e em qualquer procedimento	Falta de segurança jurídica, uma vez que não há limites claros
Beneficiários	—	Cobrança imprevisível e sem limites compromete a capacidade de pagamento, gera risco de superendividamento e exclusão do plano, agravada pela dificuldade de questionar as regras contratuais
Prestadores de serviços	—	—
ANS	Regulação insuficiente	Aumento do número de reclamações, dificuldade de fiscalização
Sociedade (judiciário etc.)	—	Aumento de ações judiciais; referências regulatórias insuficientes

## 4 – Fundamentação legal

Mecanismos de regulação financeiros (coparticipação e franquia) têm previsão legal na Lei 9.656/1998:

*Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:*

*(...)*

*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;*

A mesma Lei atribui à ANS poder normativo e fiscalizatório acerca do tema mecanismos de regulação:

*Art. 1º, § 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.*

A Lei 9.961/2000 explicita que à ANS compete estabelecer normas relativas aos mecanismos de regulação dos planos de saúde:

*Art. 4o Compete à ANS:*

*(...)*

*VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;*

## **5 – Histórico Normativo – RN nº 433/18**

É importante notar que, em que pese nunca ter havido uma normatização sobre a definição dos limites aplicáveis aos fatores moderadores, a ANS empreendeu esforços ao longo dos anos para criar uma regulamentação mais específica sobre o tema.

De todas essas tentativas vale detalhar as discussões que levaram à criação da Resolução Normativa nº 433/2018, que buscou regulamentar os mecanismos de regulação financeiros por meio de limites e vedações, além de abordar outras questões não definidas, como por exemplo, o instrumento da franquia.

### **Limite de coparticipação por procedimento e a repercussão na sociedade**

Já antes da RN nº 433/2018 havia um entendimento no mercado e na sociedade de que o limite seria de 30%. Este percentual provavelmente surgiu do Despacho nº 611/2009/GGEOP/DIPRO/ANS. O Despacho, por sua vez, refere-se à Consulta Pública nº 24. Por ocasião dessa consulta pública, houve a elaboração de uma minuta de resolução sobre o tema, em que o limite máximo estabelecido foi de 30%. Entretanto, a minuta não chegou a ser convertida em resolução normativa.

Esse limite “não normatizado” também foi reconhecido pela DIDES quando da elaboração da RN nº 433/2018, conforme a Nota Técnica nº 5/2017/ASSNT/DIDES (0292408):

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

Posteriormente, a Análise de Impacto Regulatório de 10/05/2017, elaborada pela DIDES (documento SEI 1717157), menciona o mesmo limite de 30%, apontando para o risco regulatório trazido pela falta de normatização:

*Para ilustrar os riscos existentes nessa forma de regular basta observarmos o quanto oscilou o pensamento da área técnica sobre o tema quando da elaboração de normativos. Essa oscilação talvez não tenha se refletido de forma tão acentuada para o mercado em razão da atuação da Fiscalização, que oficialmente não reviu seu entendimento havido quando o limite proposto ainda era de 30%.*

*Há que se observar, no entanto, que nem essa utilização do parâmetro de 30% pela fiscalização está livre de oscilações, uma vez que aqueles processos que porventura são enviados para manifestação da área técnica podem retornar com entendimentos diversos e no cenário atual, diante de todos os dados apurados neste processo e, estando a atribuição a cargo da DIDES, é certo que este percentual poderá vir a ser revisto.*

A adoção, pelo mercado e pela sociedade de uma forma geral, desse valor como referência para “fator restritor severo”, apesar de não positivado em norma, é um indício da necessidade de normatização sobre o tema.

Com vistas a avaliar qual seria o valor ideal para esse parâmetro, essa mesma AIR analisou diversos estudos acadêmicos sobre o tema, dando destaque ao estudo da RAND HIE (4887300):

*Em sua apresentação no GT Inter-áreas o representante da operadora CAPESESP trouxe dados de sua operadora que demonstram que a existência de Mecanismos Financeiros bastou para inibir o uso do plano de saúde, não importando qual o percentual do mecanismo, sem que se detectasse prejuízo para a saúde do beneficiário.*

*Em sua apresentação traz ainda tabela aposta no estudo RAND HIE que apresenta leitura similar, havendo maior impacto entre a frequência de utilização quando sai de 0 para 25% de coparticipação que quando vai de 25 até 95%, contudo há que se ponderar a diferença do tipo de mecanismo aplicado em cada um dos planos, não dando para analisar os percentuais sem levar tal fato em consideração.*

	Free Care	25%	50%	95%	Individual Deductible
Probability of Any Medical (%)	86.8 (0.82)	78.8 (1.38)	77.2 (2.26)	67.7 (1.76)	72.3 (1.54)
Face-to-Face Visits (#)	4.55 (0.17)	3.33 (0.19)	3.03 (0.22)	2.73 (0.18)	3.02 (0.17)
Outpatient Expenditures (1984 \$)	340 (10.9)	260 (14.7)	224 (16.8)	203 (12.0)	235 (11.9)
Probability of Any Inpatient Admissions (%)	10.3 (0.45)	8.4 (0.61)	7.2 (0.77)	7.9 (0.55)	9.6 (0.55)
Total Admissions (#)	0.128 (0.0070)	0.105 (0.0090)	0.092 (0.0116)	0.099 (0.0078)	0.115 (0.0076)
Inpatient Expenditures (1984 \$)	409 (32.0)	373 (43.1)	450 (139)	315 (36.7)	373 (41.5)
Total Expenditures (1984 \$)	749 (38.7)	634 (52.8)	674 (143.5)	518 (44.8)	608 (46.0)

Notes: All standard errors are corrected for intertemporal and intrafamily correlation. Dollars are expressed in June 1984 dollars. Visits are face-to-face contacts with M.D., D.O., or other health providers; excludes visits for only radiology, anesthesiology, or pathology services. Visits and expenses exclude dental care and outpatient psychotherapy.

Source: Willard Manning et al. *Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment*. February 1988, Table 4.1, p.19. Permission granted by the RAND Corporation, Santa Monica, CA.

Importante observar que esse estudo RAND HIE, embora bem antigo, permanece sendo uma referência no assunto de utilização de mecanismos financeiros em planos de saúde, não havendo uma pesquisa similar em um contexto nacional. Suas principais conclusões são:

*De forma geral o experimento demonstrou que os participantes que tinham algum tipo de mecanismo incidindo no custo de sua assistência usaram menos os serviços em relação aos que não tinham;*

*Os mecanismos reduziram a utilização dos procedimentos mais e menos efetivos de forma igual, não afetando significativamente a qualidade da atenção à saúde recebida;*

*Em geral os mecanismos não trouxeram efeitos adversos para a saúde dos participantes, contudo a assistência gratuita (sem incidência do mecanismo) levou a melhora de alguns sintomas mais sérios. Essa melhora se concentrou nas camadas mais pobres e doentes.*

A mesma Análise de Impacto Regulatório, tendo em vista as propostas que já existiram dentro da Agência, opta pelo percentual máximo de 40% como proposta inicial:

*Uma vez que temos estudos que foram juntados ao processo tratando de percentuais entre 25 e 50% para que a utilização dos mecanismos atinja sua finalidade sem gerar prejuízo aos beneficiários e uma vez que*

*em diversos momentos a ANS já se manifestou pela adoção de percentuais na casa dos 40%, optamos por utilizar esse percentual inicialmente.*

Posteriormente, a NOTA TÉCNICA Nº 1/2018/COJUN/GAJCP/DIRAD-DIDES/DIDES (5344518), sugere reduzir o limite máximo de coparticipação de 40% para 30%:

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

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

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

Criou-se, também, uma previsão para excepcionalizar esse limite no caso de acordos ou convenções trabalhistas, com vistas a atender a diversas realidades de contratantes de planos coletivos. Assim, permitiu-se a majoração da coparticipação em até 50%.

A Nota Técnica nº 1/2018/GASNT/DIRAD/DIDES (6835129) cita novamente estudos anteriores que embasaram o entendimento de que o percentual ideal para o estabelecimento do limite máximo de coparticipação seria entre 25% e 50%. Ou seja, em algum ponto entre esses dois valores se situaria um percentual que seria suficiente para inibir o uso desnecessário dos serviços de saúde, mas que, ao mesmo tempo, não prejudicaria a busca pelos mesmos em casos realmente necessários.

Sob estas premissas, entendeu-se que o percentual ideal seria de 40%, recomendando-o ao voto relator. Entretanto, reconhecendo a soberania da Diretoria Colegiada, manteve-se na minuta (6835198) o percentual máximo de 30%:

*Contudo, reconhecendo-se o caráter soberano da Diretoria Colegiada para decidir pela melhor opção regulatória, manteve-se na minuta de norma a ser submetida à aprovação o percentual de 30% (trinta por cento) como limite de coparticipação previsto no art. 9º, §2º, orientando, contudo, o voto relator pela aplicação do percentual de 40% (quarenta por cento) originalmente proposto.*

Posteriormente, por meio Despacho nº 11/2018/DIDES, de 18/06/2018 (7295462), o diretor da DIDES encaminha às demais DIOPE, DIGES, DIPRO e DIFIS a minuta de norma a ser aprovada pela reunião de diretoria colegiada seguinte, que continha o resultado das discussões até aquele momento, incluindo o percentual máximo de coparticipação de 30%.

Entretanto, o despacho contém dois pontos diversos do constante da minuta anexa, com destaque para o aumento do percentual máximo de coparticipação de 30% para 40% (7295133):

*Ademais, a minuta que segue anexa é parte integrante do voto, a qual, contudo, contém dois pontos específicos sobre os quais conduzo este voto relator contrariamente ao que nela está disposto.*

*O primeiro caso se refere ao percentual máximo de coparticipação. Diferentemente do que havia sido deliberado por ocasião de apreciação da norma e do constante da minuta anexa, o voto condutor decidiu alterar esse percentual de 30% para 40%:*

*Dessa forma, reconhecendo-se o caráter soberano da Diretoria Colegiada para decidir pela melhor opção regulatória, manteve-se na minuta de norma a ser submetida à aprovação o percentual de 30% (trinta por cento) como limite de coparticipação previsto no art. 9º, §2º.*

*Entretanto, conforme as razões dispostas na Nota Técnica nº 1/GASNT/DIRAD/DIDES, manifesto-me contrariamente a esta alteração, orientando este voto relator pela aplicação do percentual de 40% (quarenta por cento) originalmente proposto.*

*Ao longo da Avaliação de Impacto Regulatória desenvolvida no processo normativo, houve a fixação de duas premissas muito importantes: o percentual deverá ser suficientemente levado para inibir a utilização do plano por mera conveniência ou “maximização” de benefícios, sem que haja excessos; e que os mecanismos financeiros de regulação de uso são instrumentos eficazes para racionalização de custos, desde que variem entre 25-50%.*

*Considerando-se que uma das finalidades da ANS para melhoria do setor é proporcionar um ambiente concorrencial entre os entes regulados e que há outros aspectos da norma que visam inibir a excessiva onerosidade do contrato para o beneficiário, como o elenco de isenções do Anexo e os limites de exposição financeira (art. 5º), entendo que o parâmetro normativo a ser inaugurado com a presente proposta em discussão é bem diverso do atualmente vigente, no qual, apenas em tese e sem uma correspondente fonte normativa precisa, fixou apenas como limite o percentual de 30% (trinta por cento).*

*De certo, devem ser contrabalançadas todas as variáveis envolvidas, no contexto regulatório, de modo a calibrar com a máxima exatidão os efeitos anti-concorrenciais que uma medida intervencionista na autonomia privada poderia resultar. Assim, mantenho meu posicionamento, encaminhando meu voto pela fixação de 40% (quarenta por cento), conforme manifestação anterior, com escopo de ampliar a capacidade de competitividade de preço.*

O segundo ponto se refere à aplicação de mecanismos de regulação em situações de urgência:

*Um segundo aspecto de discordância se refere aos procedimentos e eventos decorrentes de situações de urgência, sobre os quais a Diretoria Colegiada, em reunião datada de 22/02/2018, deliberou, por maioria dos presentes, pela impossibilidade de incidência dos mecanismos financeiros por inexistência de risco moral na conduta do beneficiário. Desse modo, restou previsto, no § 4º do art. 8º, a não incidência nas internações decorrentes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.*

*Pelas mesmas razões técnicas já dispostas na Nota nº 1/2018/GASNT/DIRAD/DIDES (pp. 24-31), bem como pela convicção de que esse normativo é uma oportunidade de reformulação da gestão assistencial das operadoras para induzir a atenção primária e desestimular a prestação em ambientes hospitalares e de caráter descontinuado e descoordenado, encaminho meu voto pela supressão dessa vedação estipulada no art. 8º, § 4º.*

Em seguida, uma semana após a última alteração do limite máximo de coparticipação, foi realizada, em 25/06/2018, a 488ª reunião de Diretoria Colegiada da ANS, a minuta de norma foi aprovada por unanimidade, com alterações, conforme a ata da reunião (7618695) e a Resolução Normativa nº 433/2018 foi publicada no Diário Oficial da União de 28/06/2018 (7458822), com retificação feita no DOU do dia seguinte (7480661).

Entretanto, a RN nº 433/2018 não chegou a ter vigência plena uma vez que teve seus efeitos cassados pouco após sua edição, antes que findasse o período de *vacatio legis*. Em 14/07/2018, foi concedida, pela ministra do Supremo Tribunal Federal – STF Carmen Lúcia, liminar que suspendeu a RN nº 433/2018. A medida cautelar ocorreu em virtude da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF 532 movida pela Ordem dos Advogados do Brasil – OAB.

O Autor da ação argumentou que “sob o falso pretexto de instituir mecanismos de regulação financeira dos planos privados de assistência à saúde, a referida Resolução foi muito além e desfigurou o marco legal de proteção do consumidor no país”, tendo usurpado “da competência do Poder Executivo (e também do Poder Legislativo) por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que arvorou-se a

*regulamentar matéria – mecanismos de regulação financeira (franquia e coparticipação) – sem a devida competência para tanto e, ainda, sem o devido processo legislativo”. Afirmou ainda que o ato impugnado contraria o “preceito fundamental da separação de poderes, ao princípio da legalidade e ao devido processo legislativo, porquanto a Lei n. 9656, de 3 de junho de 1998, não outorgou à ANS a competência legislativa para disciplinar o tema, ou seja, para verdadeiramente criar regras, direitos e deveres para usuários de planos de saúde”<sup>2</sup>.*

Em seguida, a Diretoria da ANS decidiu revogar o ato que promulgou a RN nº 433/2018. O Voto nº 13/2018/DIDES, de 30/07/2018 (7808845), é o voto condutor que trata da revogação da deliberação ocorrida na 488ª Reunião Ordinária da DICOL acerca da RN nº 433/18 e solicita autorização de Audiência Pública para nova participação social. Como fundamento, o voto elencou os avanços trazidos pela RN nº 433/2018, mas ponderou que “a ANS deve reconhecer que, ao ser aprovada e publicada, a RN nº 433/2018 causou grande apreensão na sociedade, que não a recepcionou da forma positiva como esperava”.

*Ou seja, em sua avaliação sobre a matéria, a ANS previa uma absorção positiva das novas regras pela sociedade, especialmente pelos consumidores, que passariam a contar com diversas camadas de proteção, tanto no aspecto assistencial, quanto no financeiro.*

*Todavia, o que se observou não foi isso. Operou-se uma desconexão entre os objetivos colimados pela ANS ao editar tal normativo proposto, o que não pode ser ignorado pela ANS.*

*Sendo assim, a ANS deve, portanto, ser sensível à apreensão que se instaurou na sociedade, revendo seu ato de aprovação da norma para reabrir o debate sobre o tema e, assim, captar mais adequadamente os anseios e receios dos usuários do sistema, por intermédio de maior articulação com as principais entidades públicas e privadas da sociedade civil, bem como buscando de interagir diretamente com o consumidor.*

A revogação da decisão da aprovação da RN nº 433/2018 foi aprovada na 490ª reunião da DICOL, realizada em 30/07/2018 (7809886). Contudo, após orientação jurídica da PROGE, decidiu-se pela revogação da RN nº 433/2018 por meio da edição da RN nº 434/2018 (8254139).

## **Franquia**

Conforme definido na RN nº 433/2018, franquia foi definida como a seguir:

*§ 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.*

Nota-se que a redação é praticamente a mesma daquela constante da Resolução CONSU nº 8/1998, ainda vigente:

*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;*

---

<sup>2</sup> <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=384048> e [https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF532\\_liminar.pdf](https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF532_liminar.pdf)

Porém a RN nº 433/2018 é mais abrangente que sua antecessora, prevendo dois tipos de franquia:

*I - franquia dedutível acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja atingido o valor previsto no contrato como franquia; e*

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

A franquia, instituto amplamente utilizado nos ramos elementares de seguro, consiste justamente em um limite até o qual a seguradora não tem responsabilidade de cobertura, tal qual definição das normas supracitadas. Assim, caso aconteça um evento (sinistro), a seguradora só deverá ser acionada caso a severidade do evento ultrapasse o valor de franquia contratualmente previsto. Assim, esse limite da franquia deverá ser verificado cada vez que um evento ocorrer.

Entretanto, no setor de saúde suplementar, os eventos costumam ocorrer em uma frequência maior do que em outros tipos de seguro. Da mesma forma, muitos desses eventos são de baixo custo (baixa severidade), como exames simples e consultas.

Atenta a essa peculiaridade do mercado regulado pela ANS, a RN nº 433/2018 previu a possibilidade de uma franquia acumulada, em que o limite de franquia deve ser comparado não ao valor de um evento apenas (um acesso), mas de todos os eventos (acessos), considerados acumuladamente, até que se atinja o valor previsto em contrato. Esses eventos devem ser contados a cada período de doze meses.

### **Limite de exposição financeira**

Outro ponto importante da norma se refere ao limite de exposição financeira. A Resolução CONSU nº 08/1998 vedou a cobrança de fator moderador que constituísse “fator restritor severo”. Entende-se que tal fator não deva se limitar ao percentual de coparticipação.

De nada adiantaria estabelecer um limite máximo de coparticipação por procedimento quando é possível que um beneficiário, ao realizar diversos procedimentos, se depare com valores acumulados de coparticipação que lhe imputem uma enorme dívida e comprometam sua permanência no contrato.

Assim, a RN nº 433/2018 também se preocupou em estabelecer um limite de exposição financeira, a ser observada tanto no caso de coparticipação quanto de franquia, concomitantemente:

*I – limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e*

*II – limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior ao valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.*

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

Foi estabelecido tanto um limite anual, que seria o valor correspondente a doze contraprestações; quanto um limite mensal, que seria o valor de uma contraprestação devida pelo beneficiário. Desta

forma, conseguiu-se dar previsibilidade ao beneficiário quanto ao valor máximo que será por ele devido a título de fator moderador.

## 6 – Objetivos a serem alcançados

São objetivos da alteração normativa:

- Suprir as lacunas presentes no arcabouço regulatório atual.
- Criar limites e vedações claros para os mecanismos financeiros de regulação, aumentando a segurança jurídica nas relações dentro da saúde suplementar.

Desta forma, garantir-se-ia que os mecanismos financeiros de regulação sejam utilizados para mitigar o risco moral (evitando que sejam utilizados em procedimentos nos quais não seriam necessários ou que restrinjam o acesso aos serviços médico-hospitalares).

Essas medidas, além da garantia da finalidade a que se propõe o mecanismo financeiro de regulação, evitariam:

- o superendividamento do beneficiário e sua exclusão do setor.
- a utilização do instrumento com a mera finalidade de restringir o acesso ou de cofinanciar procedimentos.
- o uso em procedimentos cuja natureza já afasta o fenômeno do risco moral.
- o uso como fator restritivo severo.

## 7 – Alternativas de solução

Para fins da atual regulamentação dos mecanismos financeiros de regulação, serão analisadas as opções regulatórias a seguir, com os respectivos impactos para cada problema regulatório:

- **PROBLEMA 1: Ausência de limites máximos para coparticipação e franquia (sejam limites por procedimentos, sejam limites globais)**  
e
- **PROBLEMA 2: Não há procedimentos isentos: atualmente, pode haver incidência de fator moderador em qualquer procedimento, inclusive para aqueles que por sua natureza, já tem o risco moral afastado**

### Cenário 1 - Manutenção da Regra Vigente

- Quanto à ausência de limites:

A manutenção do cenário atual significaria manutenção das regras vigentes na Resolução CONSU nº 08/1998. Esta norma considera que há um “fator restritor severo”, um limiar a partir do qual o mecanismo de regulação financeiro extrapola sua função de fator moderador e passa a restringir o acesso, o que se pretende evitar.

Contudo, a norma não define qual seria essa fronteira, de forma que prejudica seriamente sua efetividade. Essa situação prejudica a atuação do órgão regulador e traz incertezas tanto para o beneficiário quanto para as operadoras.

Da mesma forma, há consenso de que o mecanismo de regulação financeiro tem como finalidade mitigar o risco moral, moderando o uso dos serviços assistenciais pelos beneficiários. Coparticipação e franquia não devem ter a finalidade de financiar os procedimentos, objetivo este cumprido pela contraprestação pecuniária.

Assim, a normatização sobre o tema deve definir limites máximos de cobrança de fator moderador e dispor de rol de procedimentos que estariam isentos da incidência de fator moderador, uma vez que se entende que não há risco moral a ser mitigado em determinadas situações. Sobre estes pontos, a Resolução CONSU nº 08/1998 é silente.

Considera-se, portanto, que a manutenção das regras vigentes perpetua a insegurança jurídica, tem potencial de desvirtuar o uso do mecanismo de regulação financeiro e não atende a finalidade da regulação.

- Quanto à incidência de fator moderador em todos os procedimentos:

No caso da não criação de lista de procedimentos isentos da incidência de fator moderador, as operadoras continuariam livres para estabelecer coparticipação e franquia em qualquer procedimento coberto contratualmente.

Na Avaliação de Resultado Regulatório - ARR (aprovada no âmbito do Processo SEI 33910.036324/2023-77) ficou demonstrado que há cobrança de coparticipação em procedimentos como quimioterapia. Da mesma forma, há cobrança em radioterapia e hemodiálise.

Como já mencionado, entende-se que procedimentos dessa natureza afastam o fenômeno do risco moral. Além disso, o fato de se tratar de tratamento continuado pode acarretar fator restritor severo.

Assim sendo, considera-se que tal opção deva ser descartada.

## **Cenário 2 – Estabelecimento de Limites e Definição de procedimentos isentos da incidência de fator moderador**

- Quanto à criação de limites:

Considera-se que o estabelecimento de limites poderia garantir o correto uso do mecanismo de regulação financeiro, qual seja, o de moderar o uso dos serviços assistenciais sem, contudo, criar barreiras que possam ser usadas para impedir o acesso a esses serviços.

Completar-se-ia a lacuna deixada pela Resolução CONSU nº 08/1998, cuja falta de contornos mais bem definidos sobre o que seria “fator restritor severo” impediu sua aplicação na prática.

Um cenário com limites objetivamente definidos traria mais segurança jurídica para todos os atores do setor, desde as operadoras, que poderiam desenhar seus produtos sabedoras de que estariam de acordo com as regras infralegais; para os beneficiários, que teriam conhecimento sobre até onde as operadoras poderiam estabelecer esses mecanismos de regulação; para os próprios servidores da ANS e para os demais atores do setor de saúde suplementar, como órgãos de defesa do consumidor e poder judiciário, que passariam a ter mais segurança ao analisar demandas sobre o tema.

- Quanto à criação de lista de procedimentos isentos:

Entende-se que deve ser criada lista de procedimentos isentos de coparticipação e franquia. Conforme explicado, o fator moderador se justifica devido à existência do risco moral.

O risco moral corresponde à situação em que o indivíduo altera seu comportamento de acordo com o contexto econômico no qual está inserido. Assim, poderia haver uma sobreutilização dos serviços médicos pelo simples fato de o beneficiário estar coberto pelo contrato de plano de saúde.

Contudo, é seguro considerar que alguns procedimentos, dada a sua natureza, afastam o fenômeno do risco moral.

Assim, acredita-se que, para atingir sua finalidade de utilização racional dos serviços assistenciais de forma adequada deve ser vedada a incidência de coparticipação e franquia em alguns procedimentos.

Ademais, também deve ser avaliada a isenção dos fatores moderadores em exames e procedimentos considerados preventivos, como política de estímulo a prevenção de doenças, nos moldes do que havia na RN nº 433/2018.

### **Cenário 3 – Abolição dos Limites**

Um possível cenário seria ainda a opção por não definir limites, suprimindo o inciso VII do art. 2º da Resolução CONSU nº 08/1998 (VII - estabelecer coparticipação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços). Assim, não haveria limites definidos, sendo os limites estabelecidos em cada contrato.

Na prática, pode-se considerar que esse cenário já está presente, tendo em vista a dificuldade em aplicar o mencionado dispositivo normativo (“restritor severo”), graças à sua vagueza.

Como visto anteriormente, entende-se que o mecanismo financeiro de regulação deve funcionar como um mecanismo para mitigar o risco moral e impedir o uso irrefletido dos sistemas de saúde pelo simples fato de se estar seguro. Não deve ser compreendido como uma forma de financiamento do plano de saúde, papel cumprido pela contraprestação pecuniária.

A falta de limites poderia, inclusive, dar azo para que o mecanismo seja utilizado para restringir acesso ou dificultar a realização de procedimentos considerados mais custosos, o que não é desejável.

Esse cenário reforçaria os problemas verificados na situação atual, em que há considerável insegurança jurídica.

Considera-se, portanto, que a alternativa de abolir qualquer limite deve ser descartada.

## 8 – Contribuições da sociedade

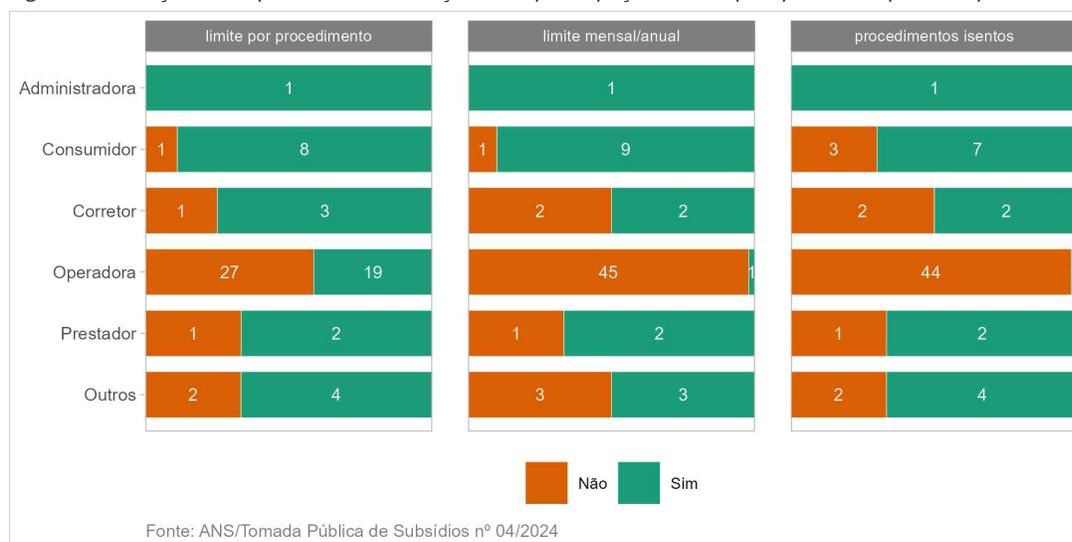
A Tomada Pública de Subsídios (TPS) n.º 04/2024, aprovada pela 612ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada da ANS de 27/09/2024, acolheu contribuições sobre o aprimoramento das normas relacionadas a quatro temas da Política de Preços e Reajuste: Reajuste Coletivo, Mecanismos de Regulação, Venda on-line e Revisão Técnica. A TPS ficou disponível para participação entre os dias 16/10/2024 e 04/11/2024. Ao todo, foram acolhidas contribuições de 73 respondentes que foram anexadas na íntegra, juntamente com relatório analítico, ao processo SEI nº 33910.025318/2024-75. Cabe registrar que vários respondentes institucionais, incluindo entidades representativas de consumidores e das operadoras, formalizaram protestos em suas contribuições quanto ao que consideraram um prazo exíguo para coleta de contribuições de temas de alta complexidade relacionados à regulamentação de preços e reajustes de planos de saúde.

Quanto a mecanismos de moderação ou regulação da utilização de planos de saúde, o tópico foi abordado em três perguntas sobre limitações na cobrança de coparticipação ou teto para franquias. Duas perguntas abordaram limite de cobrança por procedimento e limite mensal ou anual sobre cobranças de coparticipação ou teto de franquia e a terceira pergunta inquiriu sobre a possibilidade de isenção de cobrança de coparticipação ou aplicação de franquia para certos procedimentos. Todas as perguntas incluíam opções de múltipla escolha além de oferecer espaço aberto para comentários textuais.

<p><b>III - QUESTÕES SOBRE AS REGRAS DE MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO - COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA</b></p> <p>1 - Você considera que deve haver limites de coparticipação ou franquia por procedimento? Sim/ Não</p> <p>Se, “Sim”, quanto?</p> <p>Justificativa e dados:</p> <p>2 - Você considera que deve haver limite mensal/anual de coparticipação ou franquia? Sim/ Não</p> <p>Se, “Sim”, quanto?</p> <p>Justificativa e dados:</p> <p>3 - Você considera que deve haver proibição de incidência da coparticipação ou franquia para determinados procedimentos? Sim/ Não</p> <p>Se “Sim”, quais?</p> <p>Justificativa e dados:</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Os resultados das perguntas de múltipla escolha estão consolidados na Figura 7 a seguir.

Figura 7. Tabulação de respostas sobre limitação de coparticipação ou franquia quanto ao tipo de respondente



### Resumo das posições apresentadas sobre limites e procedimentos isentos:

**1. A favor de limites regulatórios e lista de isenções/vedação: consumidores, entidades representativas de defesa do consumidor, prestadores e outras associações**

De modo geral, apoiam e defendem limites para proteger usuários vulneráveis, evitar superendividamento, inadimplência, impacto negativo à saúde populacional e falta de previsibilidade de custos. Sugerem percentuais de coparticipação entre 30% e 50% e teto mensal baseado em até duas mensalidades anuais. Criticam fatores moderadores como ineficazes para racionalizar o uso. Propõem isenção de procedimentos essenciais, como urgências, emergências, tratamentos graves e preventivos para garantir o acesso contínuo.

**2. Contra limites regulatórios: Operadoras e suas entidades representativas, institutos técnicos e outros críticos:**

Alegam que a regulamentação atual é suficiente e novos limites interfeririam na sustentabilidade financeira e nas negociações contratuais. Preferem que os limites sejam definidos em contrato. Alertam que limites rígidos podem comprometer o equilíbrio atuarial e sugerem que as cobranças sejam ajustadas ao perfil do contratante ou negociadas livremente entre as partes.

## 9 – Experiência internacional

Quando da elaboração da RN nº 433/2018, foi realizada Análise de Impacto Regulatório - AIR (documento SEI nº 1717157) onde foi realizado levantamento sobre a incidência de mecanismos de regulação em diferentes países:

*“Prosseguindo com a análise temos os dados de 2012 levantados dos estudos da OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que demonstram que a coparticipação é adotada com grande frequência em diversos países do mundo, contudo, destaque-se, apenas com os números apresentados não é possível fazer um paralelo ao modelo brasileiro, servindo apenas como ilustração de que o que está se prevendo nesta proposta a ser apresentada não é uma invenção brasileira, existindo países que cobram*

valores fixos, irrisórios ou não, até países que trazem cobranças em percentual. Ademais, outra questão a se analisar é que alguns países em que incidem mecanismos financeiros esses são aplicados na saúde pública prestada à população.

Nas tabelas abaixo temos, inicialmente, um panorama sobre a fonte de custeio da atenção à saúde dos países pesquisados, havendo países com Sistema de Saúde Público, propriamente dito, custeado por impostos (tax-funded health system) e países que se valem de alguma forma de seguros saúde, que podem até ser seguros públicos obrigatórios para a população.

Segue-se com tabela que traz os tipos e nível dos requisitos de partilha de custos em cuidados primários ambulatoriais e com especialistas em nível ambulatorial, para um adulto não sujeito a qualquer isenção específica e tabela com tipos e nível dos requisitos de partilha de custos para cuidados intensivos de doentes internados, para um adulto que não tem direito a isenção ou redução de co-pagamento.”

Tabela 2. Modelos de assistência à saúde

Main source of basic health care coverage		List of countries
<b>Tax-funded health system</b>	National health system	Australia, Canada, Denmark, Finland, Iceland, Ireland, Italy, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, United Kingdom
<b>Health insurance system</b>	Single payer	Greece(a), Hungary, Korea, Luxembourg, Poland, Slovenia, Turkey
	Multiple insurers, with automatic affiliation	Austria, Belgium, France, Japan
	Multiple insurers, with choice of insurer	Chile, Czech Republic, Germany, Israel, Mexico, the Netherlands, Slovak Republic, Switzerland, United States

Verifica-se que a utilização dos Mecanismos é altamente difundida entre as nações, cada qual com suas particularidades, com uma grande presença da figura do Co-Seguro, que tem a função de minimizar os custos de quem presta o serviço, em geral o próprio Estado repassando-os para uma seguradora.

Em um breve panorama dos dados apresentados temos o seguinte:

**Austrália:** Possibilidade de incidência de coparticipação para beneficiários em consultas, sem previsão em internações quando o tratamento é feito pelo sistema público, em hospital público;

**Áustria:** Para consultas o pagamento de €10,00 anual e possibilidade de incidência de coparticipação entre 14 e 20% e pagamento €10,00 p/dia, até 28 dias de internação;

**Bélgica:** Pagamento de até €6,50 por consulta, possibilidade de pagamento integral com posterior reembolso e copagamento por dia de internação;

**Canadá:** Inteiramente custeado pelo Estado;

**Chile:** Até 39% de coparticipação em consultas simples e entre 10 e 50% em consulta com especialistas e internações;

**República Tcheca:** €1,50 por consulta simples ou com especialista e €4,00 por dia de internação;

**Dinamarca:** Inteiramente custeado pelo Estado;

**Finlândia:** Copagamento de €13,80 por visita, com existência de teto para consultas simples e €27,50 por visita a um especialista em hospital, podendo haver copagamento de €90,30 por procedimento realizado em Hospital-dia; €32,60 por dia em internações comuns e €15,10 em internações psiquiátricas;

**França:** Copagamento de €1,00 por consulta e até 70% de coparticipação nas consultas com especialista ainda pode haver uma cobrança extra. Possibilidade de pagamento integral com posterior reembolso. Até 20% ou €18,00 p/dia em internações; €13,50 em internações psiquiátricas;

**Alemanha:** Consultas gratuitas para pacientes do Sistema Público e beneficiários de determinados “planos de saúde estatais”; Copagamento de €10,00 p/dia limitados a 28 dias no ano;

**Grécia:** Consultas gratuitas no sistema público; Coparticipação de 10% em hospitais públicos, podendo ser maior na rede privada.

**Hungria:** Inteiramente custeado pelo Estado;

*Islândia: Copagamento equivalente a US\$ 7,00 em consultas simples e US\$ 30,00 + custos excedentes até US\$ 208,00 em consultas com especialistas; Internações gratuitas;*

*Irlanda: Consultas gratuitas para cerca de 40% da população e integral para os demais; custo de até €100,00 sujeito a isenções por atendimento em setor de urgência. atendimentos agendados no sistema público são gratuitos; Pode haver pagamento de €75,00 por dia, limitados a €750,00 em um período de 12 meses;*

*Israel: Possibilidade de contribuição do equivalente a US\$ 1,79 em consultas simples e US\$ 6,38 por quadrimestre. Internações gratuitas;*

*Itália: Copagamento de €36,00 + 10,00, variáveis por região em consultas com especialistas. Internações gratuitas para pacientes atendidos pelo sistema público, seja na rede pública ou privada.*

*Japão: 30% dos custos através de cosseguro para consultas e internação*

*Coréia do Sul: Coparticipação de 30% variando conforme a idade do paciente em consultas simples e até 60% em consultas com especialistas; Cosseguro de 20% do valor das internações;*

*Luxemburgo: Coparticipação de 20% em consultas simples e com especialistas e €19,92 por dia, nos primeiros 30 dias de internação;*

*México: Parte da população atendida no sistema público sem custos e outra parte atendida no sistema privado com desembolso direto ou planos privados com valores não identificados;*

*Holanda: Franquia de €350,00 para consultas, não havendo desembolso após se atingir este valor; Internações também sujeitas a franquia.*

*Nova Zelândia: Para consulta simples há uma coparticipação de aproximadamente 30% e o atendimento hospitalar é feito sem custos;*

*Noruega: Copagamento do equivalente a US\$ 14.74, sujeito ao teto de US\$ 344,00 -ano referência 2013- em consultas simples e US\$ 33,27 e 344 em consultas com especialistas. Atendimento hospitalar sem custos;*

*Polônia: Inteiramente custeado pelo Estado;*

*Portugal: Copagamento de €5,00 por visita em consultas simples e €7,50 em consultas com especialistas. Atendimento hospitalar sem custos;*

*Eslovênia: 20% de coparticipação em consultas simples; 15% em consultas com especialistas e 15% do valor de internação através de cosseguro.*

*Espanha: Inteiramente custeado pelo Estado;*

*Suécia: Copagamento de valor reduzido em consultas e do equivalente a US\$ 9,00 por dia de internação até um teto estipulado;*

*Suíça: Franquia + coparticipação de 10% com limite anual para consultas e franquia + cosseguro de 10% do valor com limite anual nas internações;*

*Reino Unido: Inteiramente custeado pelo Estado;*

*Estados Unidos: varia conforme o tipo de cobertura*

O documento identifica que o mecanismo de regulação é mais comum no caso de consultas, porém também incide em internações em alguns países:

*Dos modelos adotados vê-se em larga escala a utilização do Copagamento e Coparticipação. Sem discutir a natureza destes no mundo os colocaremos dentro do mesmo conceito de coparticipação, podendo-se entender o Copagamento como aquela situação em que a parcela do beneficiário é definida por um valor fixo e a coparticipação como sendo aquela parcela definida em percentual. Tal mecanismo é mais comum em consultas simples e com especialistas, mas também se encontra prevista para internações em alguns países.*

O AIR pondera também que, no caso do Brasil, adotar copagamento em casos de internação seria arriscado:

*Para a realidade brasileira entendemos ser bastante arriscado a adoção da coparticipação em internações, sobretudo quando expressas em percentuais, dada a aleatoriedade do evento, o impacto financeiro sobre o beneficiário derivado dos altos custos e a própria condição socioeconômica do país, uma vez que não estamos no nível da maioria dos países da OCDE.*

*Note-se que tal posicionamento coaduna-se com a regra vigente na Resolução CONSU nº 08/1998, que veda o estabelecimento de fator moderador em forma de percentual no caso de internações.*

O documento também tece comentários sobre a franquia:

*A franquia (Deductible) aparece em alguns países, sendo certo que consideramos um mecanismo que se adequa bem a situação específica das internações, mas não apenas. Nada impede que a franquia seja estabelecida por procedimentos ou grupo de procedimentos, pelo que não vemos razão para limitar a possibilidade de incidência da franquia.*

*Como nos países analisados é comum que a divisão ocorra com o próprio Estado, que é o principal financiador dos serviços de saúde, os valores acabam sendo mais baixos, contudo, há exemplos em que os valores cobrados chegam a ultrapassar 50% do valor do procedimento.*

*Por fim, nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos.*

## 10 – Reajustes dos fatores moderadores

Atualmente, a Resolução Normativa – RN nº 565/2022, regra os reajustes de franquia e coparticipação no caso de planos individuais, limitando-os ao percentual aplicado à mensalidade:

*Art. 8º (...)*

*Parágrafo único. Os valores relativos às franquias ou coparticipações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária.*

*(...)*

*Art. 21. Nos planos individuais ou familiares exclusivamente odontológicos, os valores relativos às franquias ou coparticipações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao aplicado à contraprestação pecuniária.*

Não há menção aos contratos coletivos, de forma que nestes casos valem as cláusulas contratuais ou a negociação ocorrida entre as partes.

A RN nº 433/2018 disciplinou o reajuste no caso de **coparticipação** fixada em valores fixos ou em tabelas, conforme o §4º de seu art. 9º:

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

*I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde;*

*II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e*

*III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a título de coparticipação*

*(...)*

*§ 4º O reajuste dos valores contidos na tabela de referência mencionada no inciso II do caput, bem como do valor fixo definido no inciso III, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados*

*de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.*

Assim, a RN nº 433/2018 determinou que o percentual de reajuste da coparticipação deveria ter como referência os reajustes concedidos pela operadora à sua rede. Note-se que o texto “*ter por base*” não traz uma vinculação objetiva, de forma que não se pode depreender, a princípio, que o reajuste deveria ser o mesmo que (ou limitado a) aquele aplicado à rede de prestadores.

No caso da **franquia** manteve-se como limite o percentual aplicado às contraprestações pecuniárias sem, contudo, fazer distinção entre formas de contratação:

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

*(...)*

*§ 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato.*

## **11 – Comparação entre alternativas**

### **10.1 - Sobre os limites**

Com a finalidade de estudar como os mecanismos de regulação vêm sendo utilizados no mercado de saúde suplementar, foram extraídos dados coletados pela ANS referentes ao Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar – TISS, que é o padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados entre operadoras e prestadores de serviços de saúde sobre cobranças de assistência aos beneficiários.

Em 2022 os dados do TISS totalizaram 1,28 bilhões de procedimentos realizados tanto em cobertura médico-hospitalar quanto exclusivamente odontológica (Figura 8). Deste total, 29,4% ou quase 1 em cada 3 procedimentos tiveram cobrança de coparticipação. Os procedimentos com maior incidência de coparticipação naquele ano foram consultas médicas (37,0%), exames (30,5%) e outros atendimentos ambulatoriais (20,3%), que incluem sessões de psicologia, psicoterapia, fonoterapia, fisioterapia, terapia ocupacional etc. segundo a taxonomia de procedimentos e eventos em saúde do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar<sup>2</sup>. Eventos de internação, procedimentos odontológicos e terapias (que incluem sessões de hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, entre outros) apresentaram as menores taxas de incidência de coparticipação com 5,8%, 6,2% e 12,2% dos procedimentos respectivamente.

Figura 8. Procedimentos realizados em planos de saúde, 2022

Grupo	Volume total	Eventos com coparticipação	% Eventos com coparticipação	Custo unitário total	Custo unitário de eventos com coparticipação	Valor unitário da coparticipação	% Coparticipação sobre o custo do evento
A. Consultas médicas	184.136.084	68.127.881	37,0%	\$94	\$99	\$33	33,1%
B. Ambulatoriais outros	66.918.916	13.586.879	20,3%	\$60	\$43	\$14	32,1%
C. Exames	856.582.013	261.624.537	30,5%	\$33	\$32	\$10	32,0%
D. Terapias	99.323.703	12.073.543	12,2%	\$46	\$58	\$17	28,5%
E. Internações	5.521.541	320.936	5,8%	\$9.122	\$2.293	\$120	5,2%
I. Odontológico	64.808.212	3.996.164	6,2%	\$32	\$59	\$17	28,5%
Total	1.277.290.469	359.729.940	28,2%	\$84	\$48	\$15	31,1%

Fonte: ANS/TISS, dados extraídos em 27/02/2024

O valor da coparticipação em 2022 representava, em média, 31,1% do valor total dos procedimentos que tiveram incidência de coparticipação (Figura 8). Este percentual médio de cobrança de coparticipação se manteve em um intervalo de 28,5% a 33,1% a depender do grupo de procedimento – exceto no caso de internações, onde o percentual cobrado atingiu 5,2% do valor do procedimento.

Exames, terapias e procedimentos odontológicos apresentaram maior dispersão, tanto no valor unitário por procedimento quanto nos valores cobrados de coparticipação (Tabela 3). Isso se explica pela heterogeneidade dos procedimentos nessas categorias. Exames, por exemplo, incluem desde exames laboratoriais por coleta de sangue que podem apresentar valores de custo unitário abaixo de R\$ 10,00 até exames onerosos e de maior complexidade como colposcopias e exames de imagem cujo custo unitário atinge centenas de reais. Nota-se, contudo, que os coeficientes de variação (CV) na Tabela 3 indicam que a dispersão entre os percentuais cobrados de coparticipação é menor que a dispersão dos valores cobrados, indicando maior homogeneidade nessa distribuição.

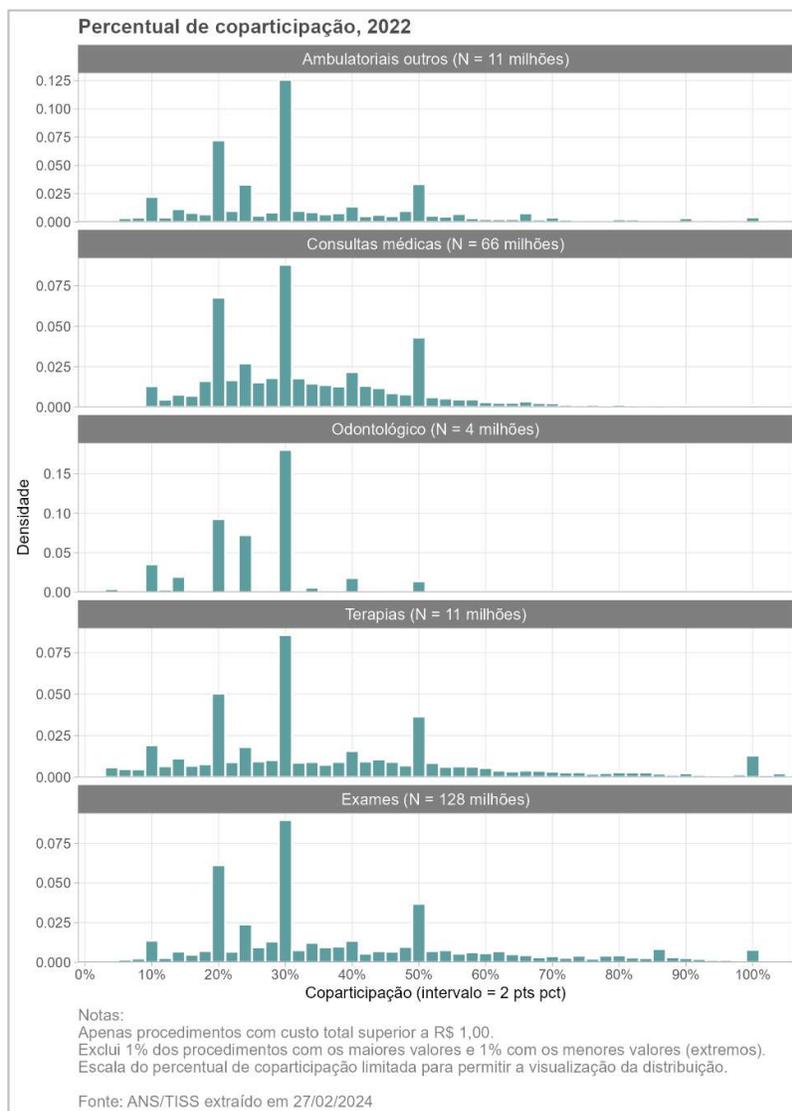
Tabela 3. Estatísticas descritivas de coparticipação por tipo de procedimento

<b>Estatísticas descritivas por tipo de procedimento</b>											
Base sem valores extremos											
VARIÁVEL / GRUPO	N	MÉDIA	MIN	Q1	MEDN	Q3	MAX	IQR	MAD	DP	CV
<b>Valor unitário (R\$)<sup>1</sup></b>											
Consultas médicas	177.938.362	91	21	70	90	110	381	40	20	37	41%
Ambulatoriais outros	54.530.756	57	11	30	40	56	300	26	13	51	89%
Exames	418.824.141	32	2	4	8	27	481	23	5	59	186%
Terapias	62.615.600	54	2	12	21	57	703	45	11	84	154%
Odontológico	61.768.017	28	2	7	18	35	278	28	13	35	122%
<b>TOTAL</b>	<b>775.676.876</b>										
<b>Valor de coparticipação (R\$)<sup>1</sup></b>											
Consultas médicas	65.815.554	33	8	22	30	40	86	18	8	14	43%
Ambulatoriais outros	11.125.614	14	2	8	11	16	50	9	4	8	62%
Exames	127.993.877	10	0	2	4	10	122	8	3	17	161%
Terapias	11.389.246	14	1	4	8	15	137	11	4	18	128%
Odontológico	3.950.221	14	1	3	9	16	190	12	5	19	140%
<b>TOTAL</b>	<b>220.274.512</b>										
<b>Percentual de coparticipação<sup>1,2</sup></b>											
Consultas médicas	65.919.293	34	9	23	30	43	100	20	10	15	45%
Ambulatoriais outros	11.111.019	35	5	20	30	45	125	25	10	20	57%
Exames	128.050.798	46	5	25	33	54	247	29	13	33	73%
Terapias	11.392.123	43	3	23	31	51	207	28	13	31	71%
Odontológico	3.943.545	32	2	20	30	30	330	10	5	34	104%
<b>TOTAL</b>	<b>220.416.778</b>										

Notas:  
 Exclui 1% dos procedimentos com os maiores valores e 1% com os menores valores (extremos).  
<sup>1</sup> Apenas procedimentos com custo maior que R\$ 1,00.  
<sup>2</sup> Percentual de coparticipação arredondado (zero casas decimais).  
 Fonte: ANS/TISS extraído em 27/02/2024

De fato, uma visualização da distribuição dos percentuais cobrados de coparticipação em cada grupo de procedimentos indica que em todos os grupos de procedimento o percentual de coparticipação mais frequentemente cobrado corresponde a 30% do valor do procedimento, seguido do percentual em torno de 20% (Figura 9).

Figura 9. Histogramas do percentual de coparticipação por procedimento, 2022



Como já restou claro anteriormente, o mecanismo de regulação financeiro deve ter como função mitigar o risco moral, não devendo ser entendido como uma forma de subsidiar o custo dos procedimentos. Assim, o desafio consiste em definir um limite máximo que cumpra sua função de evitar o uso inadequado dos serviços médicos, mas que também não prejudique seu uso necessário.

Conforme explicado no item 5, havia um entendimento no mercado e na sociedade de que o limite máximo de coparticipação seria de 30%.

Durante a elaboração da RN nº 433/2018, a área técnica da DIDES, diretoria responsável pelo tema à época, sugeriu que se fixasse o valor máximo de coparticipação em 40%.

Posteriormente, foi sugerido pela Diretoria colegiado que o percentual máximo de coparticipação fosse estabelecido em 30%, considerando que já havia um reconhecimento de que esse seria o percentual máximo, ainda que não normatizado. Além disso, a revisão do percentual máximo de coparticipação também foi solicitada em reunião com representantes da DPRJ, DPU, MPRJ e MPF.

Contudo, pouco tempo de antes de ir à votação na Diretoria Colegiada, o percentual tornou a ser aumentado para 40%.

Posteriormente, decisão judicial do STF suspendendo a norma fez com que a própria ANS revogasse a RN nº 433/2018.

### **11.1 Análise Multicritério**

No que se refere à análise das alternativas no que se refere ao estabelecimento ou não de limites dos fatores moderadores por procedimento ou globais (mês/ano) e o estabelecimento de lista de procedimentos vedados, foi elaborada a **análise multicritério** a fim de ser considerado, de forma estruturada, diversos fatores e interesses envolvidos na decisão regulatória das alternativas avaliadas, como os impactos econômicos, sociais, técnicos e políticos.

Essa abordagem fornece uma visão ampla, fundamentando decisões regulatórias que conciliem sustentabilidade econômica do setor e proteção do consumidor e a análise realizada indica como melhor opção o estabelecimento de limites para os fatores moderadores e estabelecimento de lista de procedimentos vedados (Vide Anexo 1 - Análise Multicritério).

## **12 – Acesso a Informações**

Quanto ao problema regulatório referente ao acesso a informações, destaca-se a discussão objeto da Consulta Pública nº 141 que visa receber contribuições sobre a Resolução Normativa- RN nº 509/22.

A RN nº 509/22, que trata da transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização de diversas informações, como dados cadastrais, contratuais, de utilização e de reajuste de contratos coletivos.

Contudo, a RN nº 509/2022 não estabelece obrigatoriedade sobre a disponibilização de dados referentes a mecanismos de regulação financeiros.

O tema é coordenado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS – DIDES/ANS e contou com a colaboração técnica da Gerência Econômica e Atuarial dos Produtos – GEFAP/GGREP/DIPRO no âmbito do Processo Administrativo nº 33910.023542/2021-80.

A própria DIDES, em seus documentos constantes da Consulta Pública nº 141, aponta para a necessidade de se incluírem informações acerca dos mecanismos de regulação financeiros.

Assim, considera-se que a atual revisão da norma seria uma oportunidade para incluir, no rol de informações obrigatórias a serem disponibilizadas, dados sobre coparticipação e franquia.

De toda forma, a minuta normativa que acompanha o presente Relatório de AIR contém sugestões de alterações para a RN nº 509/2022, de modo a tornar disponível para o beneficiário informações como os procedimentos sujeitos ou não à incidência de fatores moderadores, valores e/ou percentuais e limites máximos.

## 13 – Riscos

A regulamentação atual impõe ao mercado uma situação de fragilidade jurídica, onde não há nitidez nas regras. Não se conhece com clareza até onde as operadoras podem agir, assim como os beneficiários se veem limitados quanto ao seu poder de questionar as cláusulas presentes em seus contratos.

A opção de se abolir os limites, por sua vez, traria uma situação de extrema vulnerabilidade para os beneficiários. Os mecanismos de regulação poderiam ser utilizados como fatores de restrição à utilização dos serviços assistenciais, podendo mesmo se configurar como um fator expulsório do plano de saúde.

No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos.

Assim sendo, considera-se que a opção eleita (criação de limites para os fatores moderadores e criação de lista de procedimentos isentos) envolve poucos riscos.

Os principais riscos são inerentes ao próprio fato de surgir uma regulamentação mais objetiva, uma vez que os atores envolvidos, em especial as operadoras, deverão se adaptar às novas diretrizes emanadas pelo órgão regulador.

## 14 – Da implementação e posterior monitoramento

Acredita-se que a implementação das alterações normativas deva ocorrer por meio de edição de Resolução Normativa, com período de *vacatio legis* de 180 dias. Assim, haverá tempo hábil para a sociedade e as operadoras em particular, de absorver as inovações infralegais.

A partir desse prazo, todos os novos contratos firmados estarão sujeitos ao cumprimento da nova RN sobre mecanismos financeiros de regulação.

Será necessário revogar determinados dispositivos da Resolução CONSU nº 08/1998.

Recomenda-se também que a ANS elabore material informativo destinado aos consumidores, com linguagem acessível, informando sobre as novas regras, seus direitos e deveres.

Para a realização de monitoramento dos efeitos das novas regras, sugere-se a utilização dos dados do Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar – TISS.

As informações prestadas pelas operadoras à ANS por meio do TISS se mostraram valiosas para a elaboração da presente Análise de Impacto Regulatório - AIR. Foi possível verificar como o mercado de saúde suplementar está praticando franquia e coparticipação, em quais tipos de procedimentos e em quais percentuais.

Vale lembrar que o TISS permanece em evolução, demonstrando dados cada vez mais robustos.

Assim sendo, considera-se que o posterior monitoramento das novas regras relativas a mecanismos de regulação financeiros deva ocorrer primariamente por meio dos dados do TISS.

Acessoriamente, considera-se que as demandas recebidas pela fiscalização acerca do tema possam complementar esse acompanhamento.

## **15 - Conclusão**

Como mencionado anteriormente, em 2018 foi promulgada a Resolução Normativa nº 433/2018, que estabeleceu limites para os mecanismos de regulação financeiros, além de trazer isenções para determinados procedimentos. A RN nº 433/2018, contudo, foi revogada pouco tempo depois pela RN nº 434/2018.

É importante destacar que a RN nº 433/2018 foi precedida de ampla discussão com o setor regulado e com a sociedade. Foram realizadas audiências públicas, grupos de trabalho e foram recebidos diversos documentos com contribuições.

Portanto, entende-se crucial, para avançar na atual proposta de normatização dos mecanismos de regulação financeiros, que sejam levadas em consideração as contribuições e discussões ocorridas quando da edição da RN nº 433/2018, além das recentes contribuições realizadas por meio da Tomada Pública de Subsídios - TPS nº 4 ou outras que venham a ser feitas.

Desta forma, entende-se que a minuta de resolução normativa a ser proposta deve partir das bases presentes no texto da Resolução Normativa – RN nº 433/2018, já que ele representa um avançado estágio das discussões sobre tema complexo e carente de maior regulação.

Com isto, pretende-se incorporar não apenas os debates que a antecederam, mas também as análises legais e formais realizadas pela PROGE.

Assim sendo, há que se reconhecer grande parte do mérito das alterações propositivas constantes da RN nº 433/2018.

Para além do exposto, a fim de se regulamentar com critérios claros e equilibrados os fatores moderadores no que diz respeito aos limites e vedações, conclui-se:

- **Sobre o limite de coparticipação por procedimento:**

Tendo em vista que:

- O percentual de 30% já é aplicado com maior frequência entre as cobranças de coparticipação e tornou-se valor de referência na prática;
- Que este percentual, de acordo com estudos analisados, é adequado para mitigar o fenômeno do risco moral sem prejudicar a saúde do beneficiário; e
- Que a elevação do percentual máximo de 30% para 40%, quando da elaboração da RN nº 433/2018, acabou resultando na revogação da norma;

**Sugere-se a adoção do percentual máximo de 30% para coparticipação.**

- **Sobre o limite de coparticipação global (mensal/anual):**

Ainda quanto aos limites de coparticipação, no que se refere aos limites globais (em termos de contraprestação pecuniária mensal/anual), considera-se que a previsão de limite mensal trazida na RN nº 433/18, de uma contraprestação pecuniária pode caracterizar fator restritor severo uma vez que, na prática pode dobrar o valor total pago pelo beneficiário. Isto pode se tornar especialmente problemático no caso de beneficiários idosos, que normalmente pagam os maiores valores de mensalidade.

Entende-se que tal situação extrapola a intenção do mecanismo de regulação uma vez que pode funcionar como barreira ao acesso aos serviços médicos, além de ter potencial para causar um superendividamento do beneficiário.

**Assim, avalia-se que o limite de exposição financeira mensal deve ser 0,3 mensalidades, o que proporcionalmente, daria o limite de exposição financeira anual de 3,6 mensalidades.**

- **Sobre o instrumento de franquia:**

Quanto à **franquia**, considera-se manter os termos constantes da RN nº 433/2018, isto é, a possibilidade de uma **franquia dedutível acumulada**, quando a operadora não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja atingido o valor previsto no contrato como franquia; e a **franquia limitada por acesso**, quando a operadora não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, nos contratos em que haja previsão de livre escolha, acessa prestador de serviço de saúde fora da rede da operadora.

- **Sobre os procedimentos isentos de fator moderador (vedação):**

Sobre os procedimentos a serem isentos da incidência de fatores moderadores, esta GEFAP não possui os conhecimentos técnicos para decidir. Assim, realizou-se consulta à Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS, área técnica responsável pela regulação dos aspectos assistenciais dos mecanismos de regulação, além da elaboração do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, o que foi feito por meio do Despacho nº: 256/2024/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (29703259). Por meio do Despacho nº: 601/2024/COMEC/GCITS/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO (29843046), a GGRAS considerou partir da listagem já existente no Anexo da RN nº 433/2018:

*Considerando-se a complexidade do tema e que a ANS, por meio da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) já realizou tal levantamento quando da publicação da RN nº 433/2018, e que tal lista já foi amplamente discutida com os atores do mercado de saúde suplementar, com a sociedade e demais entidades interessadas, sugere-se partir dessa listagem já existente, entendendo que eventuais inclusões, exclusões ou alterações poderão ser identificadas ao longo do processo de discussão da matéria, através da participação social.*

**Desta forma, adotar-se-á como ponto de partida aqueles procedimentos já constantes do Anexo da RN nº 433/2018.**

Assim sendo, encaminha-se o presente RAIR e minuta de norma para apreciação da Diretoria Colegiada da ANS, com sugestão de abertura de participação social – Consulta e Audiência Públicas específicas sobre esse tema, para posterior publicação de normativo, observada a sequência de temas aludida na Nota Técnica nº 11/2024/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (documento SEI 30475702).

Os prazos serão definidos após a realização das referidas participações sociais.

## Anexo 1 - Análise Multicritério

Foram avaliadas as seguintes alternativas:

- **Alternativa 1:** Manutenção da norma vigente - Resolução CONSU nº 08/98;
- **Alternativa 2:** Estabelecimento de Limites e Definição de procedimentos isentos da incidência de fator moderador;
- **Alternativa 3:** Abolir os limites (suprimir o inciso VII do art. 2º da Resolução CONSU nº 08/1998 (VII - estabelecer coparticipação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços);

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
<b>1. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR EFICIÊNCIA</b>	<b>70</b>	<b>80</b>	<b>60</b>
<b>1.1 A sustentabilidade econômica das OPS pode ser afetada com a medida? ex: impactos em garantias financeiras, solvência (riscos operacionais), impactos tributários e fiscais?</b>	90	50	90
<b>ALTO IMPACTO:</b> A operadora corre maior probabilidade de se situar nas faixas de alto risco do monitoramento econômico-financeiro (porte e principais indicadores: liquidez corrente; índice combinado; margem de lucro líquido e endividamento de curto prazo).			
<b>MÉDIO IMPACTO:</b> Há impacto financeiro significativo, fazendo com que a operadora tenha de se reorganizar para cumprir o regulamento.		x	
<b>BAIXO IMPACTO:</b> Nenhum impacto ou impacto pouco significativo nesse quesito	x		x
<b>1.2 São identificados impactos que afetariam a precificação? Que tipo de produtos seriam impactados ex: individuais/coletivos, diferentes faixas de preço?</b>	90	50	90
<b>ALTO:</b> Aumento da despesa assistencial (decorrente de ampliação de rede/cobertura ou decorrente do cumprimento das exigências regulatórias) impactando os preços.			
<b>MÉDIO:</b> Aumento das despesas, mas com alguma compensação, de forma que a precificação não seja alterada (incentivos às ações de promoção e prevenção).		x	
<b>BAIXO:</b> Readequação do pacto intergeracional ou qualquer outra medida que possa reduzir os preços para a maior parcela dos beneficiários de um determinado plano, ou não são identificados aspectos que afetariam a precificação.	x		x
<b>1.3 São identificados aspectos que impactariam a seleção adversa das OPS?</b>	10	90	10
<b>ALTO:</b> Necessidade de adequação atuarial que reduza os preços para segmentos da população que tendem a gerar maiores custos para as operadoras de planos de saúde (idosos, mulheres em idade fértil, indivíduos com doenças crônicas)	x		x
<b>MÉDIO:</b> Definição de preço mínimo/adequação atuarial e elevação do ponto de corte para o pool de risco ou qualquer medida que diminua a liberdade de precificação das operadoras			
<b>BAIXO:</b> Definição de preço mínimo/adequação atuarial ou presença de qualquer medida que permita às operadoras melhor discriminar risco em relação à situação atual (ex: ampliação da faixa de precificação, de acordo com o risco) ou não são identificados aspectos que impactem a seleção adversa.		x	
<b>1.4 A medida proposta afeta de forma isonômica os diferentes arranjos de OPS ex: modalidade, verticalização, porte, regionalização?</b>	90	90	90

<b>CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE</b>	<b>Alternativa 1</b>	<b>Alternativa 2</b>	<b>Alternativa 3</b>
<b>ALTO:</b> Medida beneficia indiretamente alguma modalidade, ou alguma modalidade ou porte pode ser favorecida quanto à facilidade de implementação.			
<b>MÉDIO:</b> Imposição de alguma regra ou estímulo direcionado a determinado arranjo (ex: regras obrigatórias para quem possui rede própria)			
<b>BAIXO:</b> A medida trata as operadoras de forma específica/diferenciada, de acordo com sua modalidade ou porte.	x	x	x
<b>1.5 A medida proposta pode afetar a demanda por planos no setor?</b>	50	90	10
<b>ALTO:</b> A medida pode levar a situações de aumento ou redução da demanda			x
<b>MÉDIO:</b> A proposta não afetará a demanda	x		
<b>BAIXO:</b> A proposta pressupõe um novo equilíbrio, alterando a demanda, com contrapartida de oferta.		x	
<b>1.6 Os prestadores de serviços de saúde podem ser afetados: positivamente/negativamente?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Aumento dos custos para os prestadores sem nenhuma contrapartida (ex: regulação direta e restritora ,redução de demanda; critérios de remuneração diferenciada).			
<b>MÉDIO:</b> Aumento dos custos para os prestadores com alguma contrapartida (ex: regulação direta e restritora ,redução de demanda; critérios de remuneração diferenciada - (pressupõe melhoria da qualidade) ou sem efeitos			
<b>BAIXO:</b> Efeitos indiretos ou efeitos positivos	x	x	x
<b>1.7 O modelo de negócio pode ser afetado pela medida?</b>	90	90	50
<b>ALTO:</b> Programas de Qualidade/medidas administrativas que impliquem reorganização das operadoras (ou de parte considerável delas) para atender as exigências do regulamento			
<b>MÉDIO:</b> Presença de quaisquer medidas que possam tornar necessário que algumas operadoras reorganizem seu negócio (ex: pool de risco/medidas de alteração nas variáveis de monitoramento de risco econômico-financeiro)			x
<b>BAIXO:</b> Presença de qualquer outra medida que incentive uma determinada organização administrativa ou modelo de negócio sem obrigar sua adoção (ex: medida que incentive o investimento em rede)ou não afeta.	x	x	
<b>1.8 Existe potencial para modificar os aspectos concorrenciais?</b>	50	90	50
<b>ALTO:</b> Diminuição da concorrência. Aumento de exigências assistenciais e econômico-financeiras			
<b>MÉDIO:</b> Não altera a concorrência (ex: monitoramento dos mercados relevantes)	x		x
<b>BAIXO:</b> Aumento da concorrência (ex: pode reduzir barreiras à entrada)		x	
<b>2. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR EFETIVIDADE</b>	<b>37</b>	<b>23</b>	<b>37</b>
<b>2.1 A medida proposta prevê algum tipo de aferição da sua efetividade:</b>	10	10	10
<b>ALTO:</b> Não há medida ou referência para a proposta	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Há um indicador e/ou meta para a proposta			
<b>2.2 A medida proposta pode gerar impactos na qualidade de vida dos beneficiários:</b>	90	50	90

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
Impacto na percepção do Estado Geral de Saúde;	x		x
Impacto no diagnóstico e tratamento;	x		x
Impacto na identificação e manejo da capacidade funcional/Impacto na percepção de segurança na atenção à saúde;	x	x	x
Impacto nos aspectos sociais, emocionais e de saúde mental;	x		x
Impacto na satisfação com os serviços de saúde (Qualificação/Acreditação),			x
Mudanças no perfil de morbi-mortalidade			
Impacto direto na qualidade da assistência prestada (QUALISS/desempenho prestadores/remuneração com base em parâmetros de qualidade)			
Impacto na melhoria das práticas de gestão das operadoras (governança corporativa; gestão de riscos) ou impacto na diluição de risco das operadoras (alinhamento de critérios assistenciais e econômico-financeiros)			
Impacto na relação com beneficiários (transparência/atendimento)	x		x
Impactos na gestão assistencial/ linhas de cuidado			x
Impacto na redução de consultas/exames/internações			x
total	5	1	8
<b>ALTO:</b> Nenhum dos elementos está presente	FALSO	FALSO	FALSO
<b>MÉDIO:</b> Presença de um a dois elementos	FALSO	x	FALSO
<b>BAIXO:</b> Presença de três ou mais elementos ou mudanças no perfil de morbi-mortalidade (longo prazo)	x	FALSO	x
<b>2.3 É possível realizar o acompanhamento de informações que apontem os resultados da implementação da proposta?</b>	10	10	10
<b>ALTO:</b> Não há previsão	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Há previsão de divulgação e periodicidade na proposta			
<b>3. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR EQUIDADE</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>30</b>
<b>3.1 A medida proposta pode impactar o acesso dos beneficiários de planos de saúde aos serviços de atenção à saúde?</b>	50	50	10
<b>ALTO:</b> Limita ou restringe o acesso			x
<b>MÉDIO:</b> Restringe o acesso, mas de forma positiva, tornando-o organizado ( ex: acesso organizado ao PROMO-PREV)	x	x	
<b>BAIXO:</b> Garante ou amplia o acesso/não impacta			
<b>3.2 A medida proposta pode impactar a qualidade dos serviços de atenção à saúde prestados aos beneficiários em curto prazo?</b>	50	50	50
<b>ALTO:</b> Pode comprometer a qualidade (segurança do paciente, acessibilidade, conforto)			
<b>MÉDIO:</b> Não altera os aspectos da qualidade	x	x	x

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
<b>BAIXO:</b> Pode melhorar a qualidade dos serviços prestados			
<b>3.3 A medida proposta pode gerar, por parte da operadora, a adoção de mecanismos de regulação?</b>	10	50	10
<b>ALTO:</b> Estimula a adoção de meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros para o gerenciamento da prestação de serviços, limitando o acesso.	x		x
<b>MÉDIO:</b> Pode estimular a adoção, mas sem limitar o acesso.		x	
<b>BAIXO:</b> Não estimula a adoção			
<b>3.4 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Operadoras/Prestadores?</b>	50	50	50
<b>ALTO:</b> Pode deteriorar o relacionamento (afetar a resolatividade dos conflitos ou interferir na transparência da relação)			
<b>MÉDIO:</b> Não afeta/interfere na relação entre as partes citadas	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Pode melhorar o relacionamento, melhorar a transparência.			
<b>3.5 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Operadoras/Beneficiários?</b>	50	90	10
<b>ALTO:</b> Pode deteriorar o relacionamento (afetar a resolatividade dos conflitos ou interferir na transparência da relação)			x
<b>MÉDIO:</b> Não afeta/interfere na relação entre as partes citadas	x		
<b>BAIXO:</b> Pode melhorar o relacionamento, melhorar a confiança		x	
<b>3.6 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Prestadores/Beneficiários?</b>	50	50	50
<b>ALTO:</b> Pode deteriorar o relacionamento (afetar a resolatividade dos conflitos ou interferir na transparência da relação)			
<b>MÉDIO:</b> Não afeta/interfere na relação entre as partes citadas	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Pode melhorar o relacionamento, melhorar a confiança.			
<b>4. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR TRANSPARÊNCIA</b>	<b>39</b>	<b>73</b>	<b>21</b>
<b>4.1 A participação social está garantida na elaboração da proposta regulatória?</b>	50	50	50
<b>ALTO:</b> Somente no final do processo e de forma restrita (por uso de aplicativos, com possibilidade de contribuição limitada – apenas em itens previamente definidos).			
<b>MÉDIO:</b> De forma pontual/dirigida	x	x	x
<b>BAIXO:</b> Durante todo o processo e com formas inovadoras de participação (customização das formas, de acordo com os públicos: grupos temáticos, comitês, câmaras técnicas)			
<b>4.2 A medida proposta está escrita de maneira clara para o público alvo?</b>	50	50	10
<b>ALTO:</b> Existência de termos técnico-específicos sem definições/glossário e de forma não organizada e não clara de apresentação			x
<b>MÉDIO:</b> Quando apenas um dos quesitos estiver presente (termos incompreensíveis ou forma não organizada de apresentação)	x	x	
<b>BAIXO:</b> Ausência de termos técnicos ou existência de termos técnicos com suas definições/glossário e de forma clara e organizada de apresentação			
<b>4.3 Os prazos estão descritos de maneira explícita?</b>	10	50	10

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
<b>ALTO:</b> Não	x		x
<b>MÉDIO:</b> Somente o prazo da vigência está descrito		x	
<b>BAIXO:</b> Sim (vigência, no caso de normativos; prazos das etapas dos processos envolvidos, preferencialmente em INs; prazos para acompanhamento da implementação; prazo para revisão da norma/proposta; pactuação dos prazos)			
<b>4.4 A medida proposta contribui para a melhoria da qualidade da informação prestada à ANS?</b>	50	90	10
<b>ALTO:</b> Não, pode piorar a qualidade da informação prestada à ANS – pode dificultar o envio das informações, tendo reflexos em sua qualidade (maior número de campos a serem preenchidos/regularidade ou forma de envio)			x
<b>MÉDIO:</b> Não há nenhuma relação com informações prestadas à ANS – não interfere no envio de informações à ANS	x		
<b>BAIXO:</b> Sim, promove o aprimoramento dos dados enviados ou facilita as análises por parte da ANS.		x	
<b>4.5 A medida proposta contribui para a diminuição da assimetria de informação no setor?</b>	50	90	10
<b>ALTO:</b> Não, <b>não acrescenta</b> informações necessárias /relevantes/importantes para o setor, ou <b>não esclarece</b> /facilita/melhora a compreensão do setor.			x
<b>MÉDIO:</b> As informações veiculadas são relevantes, mas estão dispersas ou não estão organizadas de forma clara.	x		
<b>BAIXO:</b> Sim, <b>acrescenta</b> informações necessárias/relevantes/importantes ou sim, <b>esclarece</b> /facilita/melhora a compreensão do setor		x	
<b>4.6 A medida proposta contribui para a melhoria da tempestividade e qualidade da informação prestada aos beneficiários?</b>	10	90	10
<b>ALTO:</b> Pode piorar a qualidade da informação prestada aos beneficiários – a informação é tardia e não agrega valor ao beneficiário (empoderamento/escolhas/utilidade)	x		x
<b>MÉDIO:</b> Não há nenhuma relação com informações prestadas aos beneficiários – apenas um dos quesitos é satisfeito (tempestividade ou utilidade)			
<b>BAIXO:</b> Sim, promove a melhoria da qualidade da informação prestada aos beneficiários – a informação é tempestiva e agrega valor ao beneficiário.		x	
<b>4.7 A medida está conforme as demais regulamentações anteriormente produzidas?</b>	50	90	50
<b>ALTO:</b> Pode estar contrária a alguma Lei ou Normativo (Ex: Código de Defesa do Consumidor, Estatuto do Idoso, Leis 9656 e 9961)			
<b>MÉDIO:</b> Não é claramente contrária às Leis, mas pode dar margem a interpretações dúbias	x		x
<b>BAIXO:</b> Não contraria nenhuma Lei ou Normativo		x	
<b>5. CRITÉRIOS APONTADOS NOS VALORES RAZOABILIDADE</b>	<b>90</b>	<b>83</b>	<b>90</b>
<b>5.1 A medida proposta demanda aumento de despesas com infraestrutura – espaço físico, mobiliário, novos equipamentos, necessidade de novos investimentos por parte da ANS?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Projetos que causem aumento de despesas com infraestrutura e logística superando o orçado.			

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
<b>MÉDIO:</b> Projetos que causem aumento das despesas com infraestrutura, sem comprometimento orçamentário.			
<b>BAIXO:</b> Projetos com baixo ou nenhum impacto direto nas despesas com infraestrutura.	x	x	x
<b>5.2 A medida proposta demanda despesas com pessoal; passagens e diárias; eventos; capacitação; nova contratação de consultoria/empresa de pesquisa ou alteração no TR relativo à contratação, especialmente da Central de Relacionamento da ANS?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Projetos que causem incremento de despesa, superando o orçado no exercício.			
<b>MÉDIO:</b> Projetos não previstos, mas que não ultrapassam o orçamento.			
<b>BAIXO:</b> Projetos previstos e que estejam dentro do orçamento.	x	x	x
<b>5.3 A medida proposta demanda o desenvolvimento ou manutenção evolutiva de novos sistemas de informação?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Projetos que envolvam o desenvolvimento de novos sistemas e/ou adaptação de sistemas já existentes.			
<b>MÉDIO:</b> Projetos que envolvam correções pontuais ou ajustes de sistemas internos, já desenvolvidos.			
<b>BAIXO:</b> Projetos que não envolvam o desenvolvimento de novos sistemas.	x	x	x
<b>5.4 A medida proposta demanda o desenvolvimento de um novo serviço; criação de um novo processo de trabalho/aumento no volume dos processos de trabalho, alterações nos processos de trabalho, especialmente os processos de monitoramento, intermediação e fiscalização?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> Projetos que envolvam o desenvolvimento de um novo serviço, criação de um novo processo de trabalho/aumento no volume dos processos de trabalho e/ou alterações nos processos de trabalho sem benefício identificável para a instituição ou a redução de custos com tais medidas. Projetos que envolvam aumento de custos de forma permanente também podem ser avaliados como de alto risco.			
<b>MÉDIO:</b> Projetos que envolvam aumento de custo no curto prazo, com redução posterior no longo prazo.			
<b>BAIXO:</b> Projetos com baixo custo e benefícios identificáveis.	x	x	x
<b>5.5 A medida proposta demanda capacitação da equipe e treinamento ofertado às operadoras; estratégia de comunicação?</b>	90	50	90
<b>ALTO:</b> Aumento significativo da demanda por capacitação ou de gastos necessários à estratégia de comunicação, ultrapassando o orçamento previsto.			
<b>MÉDIO:</b> Aumento da demanda de capacitação e treinamento, bem como de comunicação, sem comprometimento orçamentário.		x	
<b>BAIXO:</b> Custos baixos e previstos em orçamento.	x		x
<b>5.6 A medida proposta pode influenciar os custos das medidas administrativas: suspensões, portabilidade e regimes especiais?</b>	90	90	90
<b>ALTO:</b> A medida proposta aumenta os custos das medidas administrativas, acarretando aumento das suspensões, portabilidade e regimes especiais, ultrapassando os limites orçamentários.			
<b>MÉDIO:</b> A proposta aumenta os custos, porém sem ultrapassar limites orçamentários.			

<b>CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE</b>	<b>Alternativa 1</b>	<b>Alternativa 2</b>	<b>Alternativa 3</b>
<b>BAIXO:</b> A proposta não acarreta impactos indiretos aos custos de despesas administrativas.	x	x	x
<b>TOTAL GERAL</b>	279	316	238
<b>MÉDIA GERAL</b>	56	63	48
<b>% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	61,90%	70,26%	52,91%
<b>ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>