Relatório

Audiência Pública nº 11 - Mecanismos Financeiros de Regulação: Coparticipação e Franquia

04/09/2018

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Sumário

I – Introdução 3

II – Dados Estatísticos relativos à participação na audiência pública 5

III – Consolidação das principais contribuições e sugestões dos participantes e manifestação motivada sobre o acatamento ou rejeição 9

Isenções de procedimentos e eventos 9

Limite de exposição financeira 13

Uso racional/irracional dos recursos 14

Percentual máximo de Coparticipação 17

Transparência das Informações 19

IV – **Identificação das sugestões e contribuições incorporadas ao processo decisório da ANS 20**

I – Introdução

Em 04/09/2018, foi realizada nova Audiência Pública, no auditório da Secretaria de Fazenda do Estado do Rio de Janeiro, com a finalidade de obter subsídios, informações, sugestões e críticas relativas à proposta de regulamentação dos Mecanismos Financeiros de Regulação: Coparticipação e Franquia. Antes, o assunto já tinha sido colocado em pauta em Audiência Pública ocorrida em 20/03/2017, no auditório da CNC, no Rio de Janeiro.

Além destas audiências, o tema também foi submetido, anteriormente, a uma consulta pública (março/abril de 2017) e a uma pesquisa para coletar contribuições (outubro de 2017), ambas por meio do site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – www.ans.gov.br. Ademais, vinha sendo discutido em Grupo Técnico específico desde julho de 2016.

Anteriormente os Mecanismos Financeiros de Regulação já haviam sido objeto de Consulta Pública, no âmbito do processo nº 33902.150914.2005-11, Câmara Técnica no âmbito do processo nº 33902.227509.2012-35 e Grupo de Trabalho interno no âmbito do processo 33902.270680.2015-15.

A realização de uma nova Audiência Pública foi aprovada por unanimidade na 490ª Reunião de Diretoria Colegiada, em 30/07/2018. Na oportunidade, também por unanimidade, os diretores revogaram a decisão de aprovação da RN 433, tornando, por conseguinte, sem efeito o ato de publicação da Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018.

O Edital de Convocação para a Audiência Pública foi publicado no Diário Oficial da União (DOU) em 02/08/2018 e as inscrições foram abertas para todos os interessados, limitadas a lotação do auditório onde seria realizada.

Em Regimento Interno disponibilizado no site da ANS em 02/08/2018, ficaram estabelecidas as instruções para a participação na Audiência Pública sobre Mecanismos Financeiros de Regulação: Coparticipação e Franquia. Os inscritos tiveram as opções de participar como ouvinte e/ou expositor. Foram reservados dez minutos para cada apresentação de expositor e um minuto por pergunta.

O encontro foi aberto às 8h45 pelos diretores de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Rodrigues de Aguiar; de Fiscalização, Simone Sanches Freire; e de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel Barbosa, e seguiu até 17h55.

Cento e sessenta e três pessoas assinaram a lista de presença da Audiência Pública, das quais 23 fizeram apresentações (um expositor, por estar representando entidades diferentes, apresentou-se duas vezes) e 29 participaram com perguntas, opiniões, sugestões ou críticas.

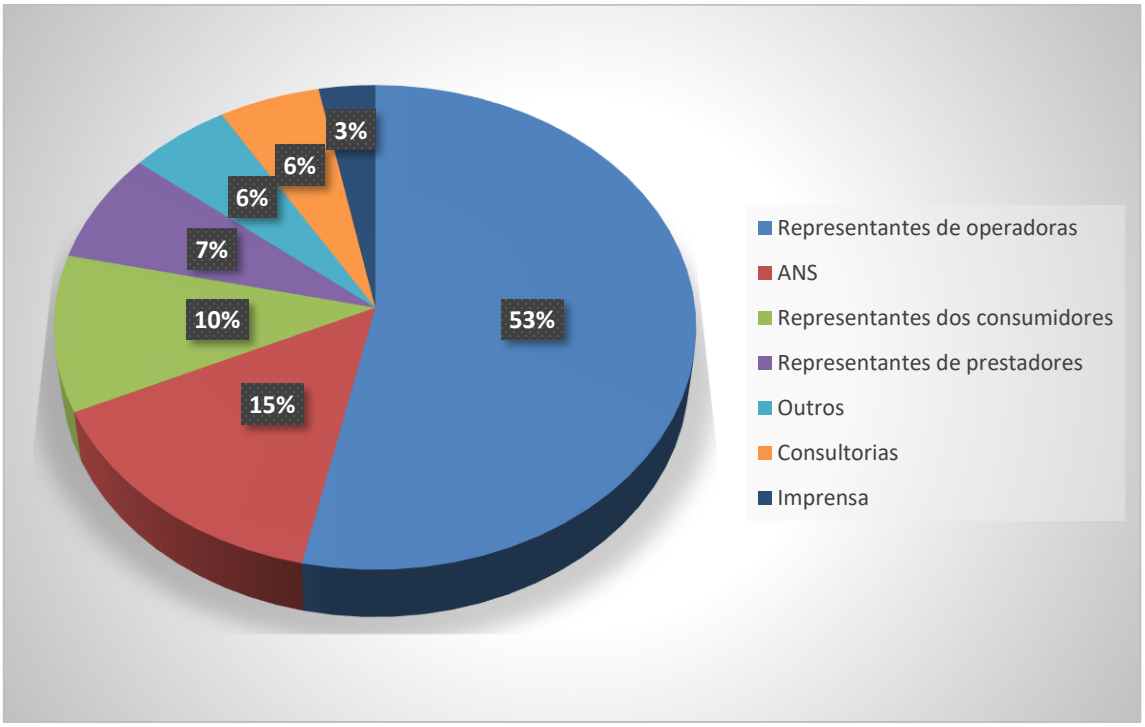
Ressalte-se que a transmissão on-line da Audiência, realizada pela aplicativo Periscope, contabiliza, até setembro de 2018, **1.340 espectadores**, 23% a mais que a que a primeira audiência realizada sobre o tema.

Por fim, as apresentações e contribuições, além da gravação e do áudio da Audiência Pública nº 11, estão integralmente disponíveis para consulta no site da ANS (http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencias-publicas-realizadas/audiencia-publica-11). No mesmo endereço, ainda, é possível consultar todos os documentos de discussões anteriores à consulta.

II – Dados Estatísticos relativos à participação na audiência pública

Dos 163 participantes da Audiência Pública, 53% foram de representantes das operadoras, vindo na sequência a ANS e os representantes dos consumidores, como aponta o gráfico 1, abaixo:

Gráfico 1 – Representação na Audiência Pública

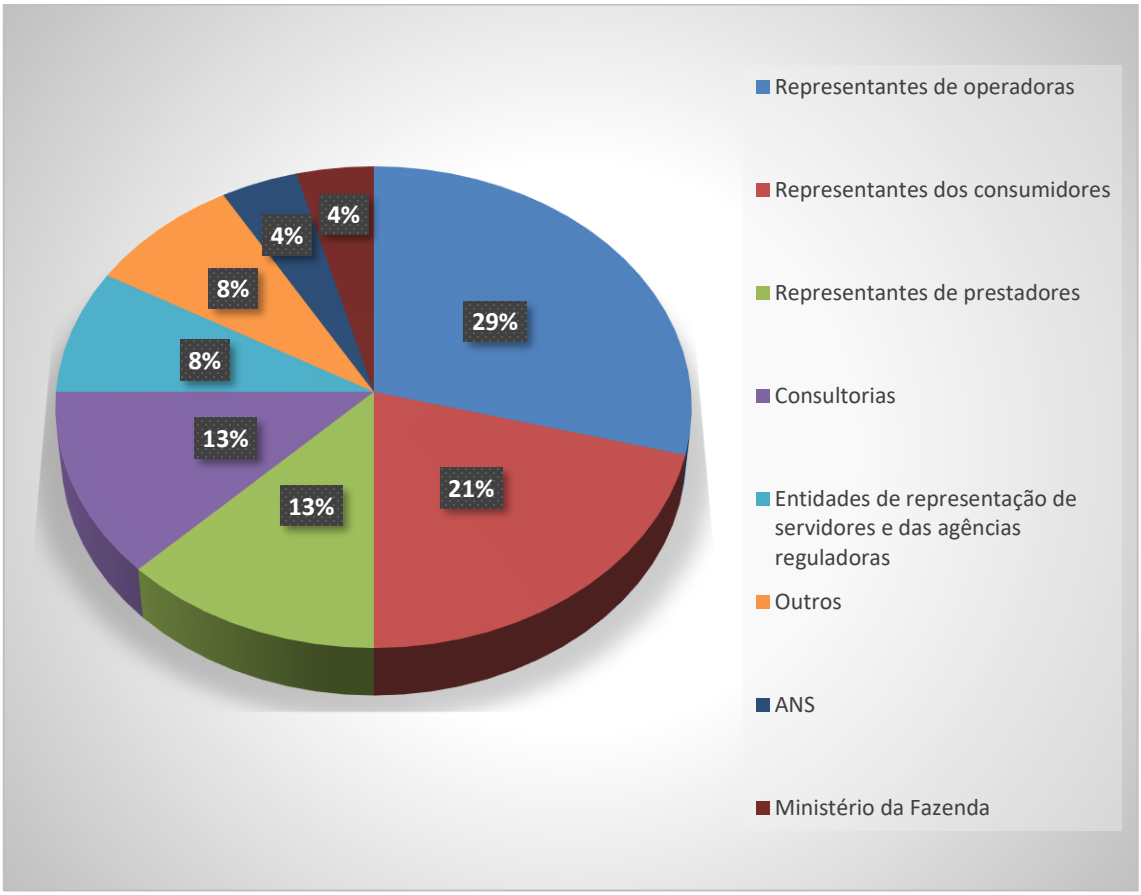


Foram feitas 24 apresentações durante as quase 8h de Audiência Pública. A apresentação de abertura foi realizada pelo gerente de Assessoramento Normativo e Contratualização com Prestadores (GASNT), Gustavo Macieira, que elencou todos os problemas regulatórios identificados nos estudos realizados pela ANS, solicitando que os participantes da Audiência apresentassem contribuições acerca destes problemas, a fim de solucioná-los.

Na sequência vieram expositores das operadoras, dos consumidores - incluindo o Ministério Público Federal, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e a Defensoria Pública do Rio de Janeiro -, dos prestadores de serviços em saúde, de consultorias

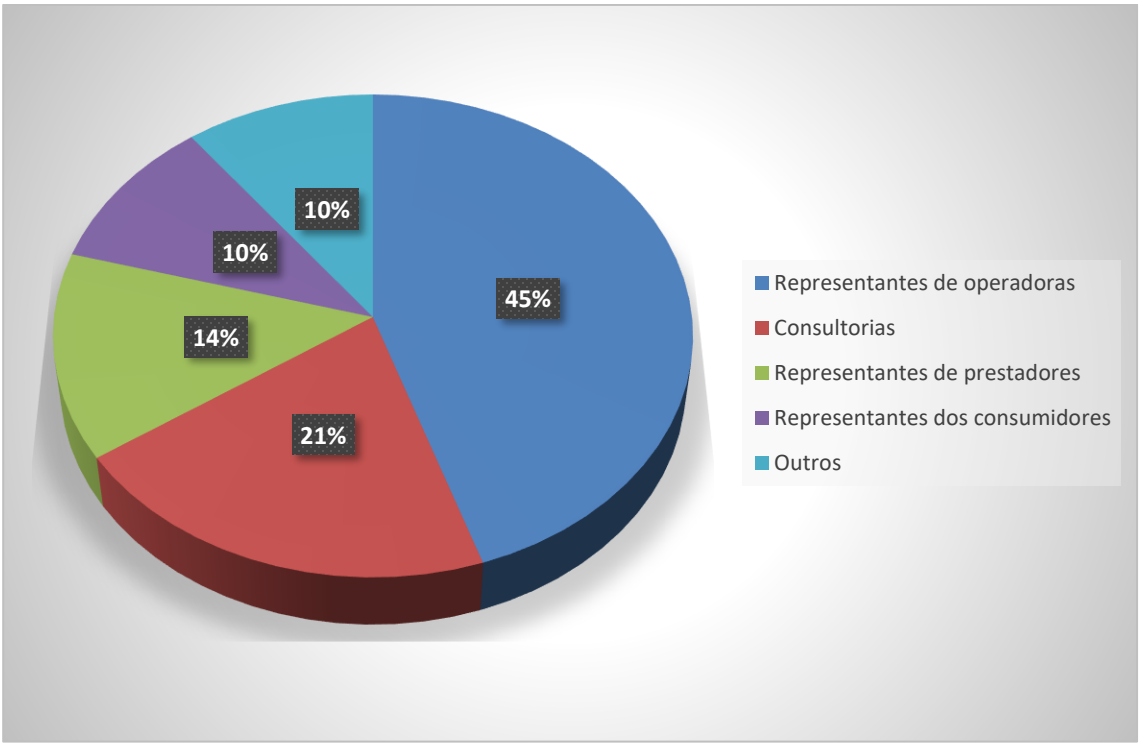
especializadas em saúde suplementar, do Ministério da Fazenda, entre outros, como mostra o gráfico 2:

Gráfico 2 – Apresentações



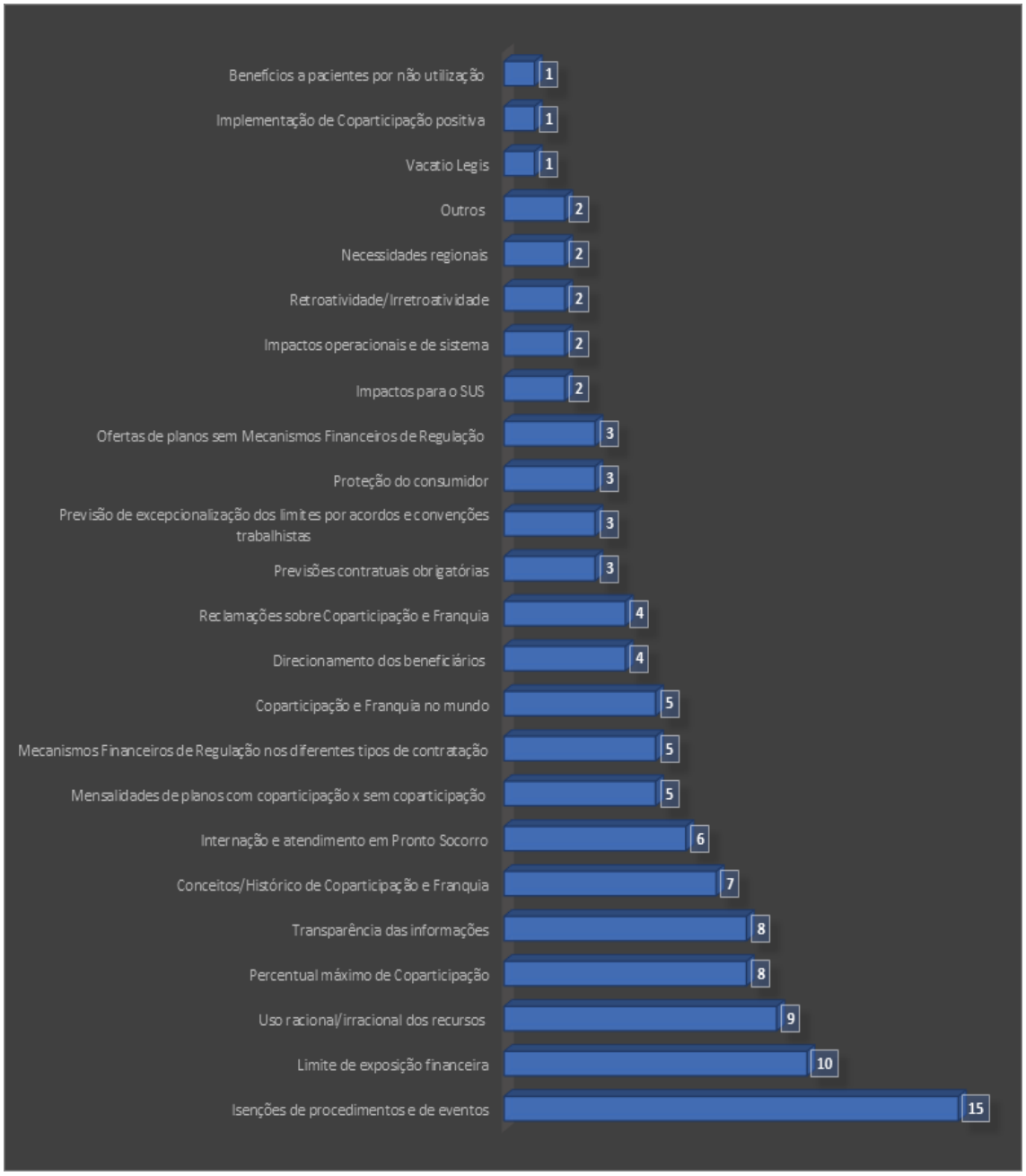
Entre uma apresentação e outra, era aberto um espaço para perguntas, opiniões, sugestões ou críticas em relação à temática exposta. Os participantes tinham um minuto, por pessoa, para falar. Dos 163 que assinaram a lista de presença, 29 expuseram seus pontos de vista. Alguns, inclusive, mais de uma vez. O gráfico 3, na página seguinte, traz a divisão por setor:

Gráfico 3 – Participações com perguntas, opiniões, sugestões e/ou críticas



Nas 24 apresentações feitas durante a Audiência Pública, o tema mais abordado dentro do universo da Coparticipação e Franquia foi o de isenções de procedimentos e de eventos, com 15 considerações entre todas as temáticas que vieram à tona. Também estiveram muito presentes durante as discussões pontos como: limite de exposição financeira (10 considerações), uso racional/irracional dos recursos (9 considerações), percentual máximo de Coparticipação (8 considerações) e transparência das informações (8 considerações). A lista completa está na página seguinte, no gráfico 4.

Gráfico 4 – Lista dos principais temas abordados na Audiência Pública em percentuais



III – Consolidação das principais contribuições e sugestões dos participantes e manifestação motivada sobre o acatamento ou rejeição

Isenções de procedimentos e eventos

I. **ABRAMED** - A lista de procedimentos isentos da incidência dos mecanismos financeiros de regulação deve ser revista periodicamente, como ocorre com o Rol de Eventos em Saúde da ANS, em prol dos beneficiários. A sugestão é que, a cada atualização do Rol de Eventos em Saúde da ANS, os procedimentos incluídos sejam classificados entre isentos ou não isentos.

II. **ANAHP** – Sugeriu a atualização dos procedimentos isentos.

Considerações da ANS: Acerca desta contribuição, é importante destacar que, sob a ótica na qual foi construída a proposta de norma que visava regular o tema, a lista de procedimentos isentos proposta tinha finalidade distinta do rol de procedimentos e eventos em saúde. Este prevê a cobertura mínima que as Operadoras devem garantir aos seus beneficiários em todos os contratos firmados, independentemente do tipo de contratação, a fim de manter a constante atualização dos eventos e procedimentos em saúde no âmbito da saúde suplementar diante das inovações tecnológicas do setor de saúde. Já a lista de procedimentos isentos visava afastar a cobrança de coparticipação e franquia dos eventos e procedimentos em saúde que, no entendimento construído pela ANS a partir dos estudos realizados, não estão sujeitos à falha de mercado denominada "risco moral" ou cuja realização é imprescindível ao acompanhamento das condições de saúde do indivíduo. Por esta razão a atualização de uma não depende da atualização da outra. No entanto, caso se verifique a necessidade de atualização da lista de procedimento isentos, esta será realizada mediante processo de alteração normativa, observadas às boas práticas de regulação e ampla participação social.

III. **ABRAMGE** – Apresentou uma pesquisa da AON, com 536 empresas contratantes de planos de saúde (2,1 milhões de beneficiários), e as isenções dadas por elas (crônicos, gestantes e outros grupos).

Considerações da ANS: Acerca da contribuição trazida pela entidade, deve-se reforçar que a finalidade é garantir a não incidência de mecanismos financeiros de regulação em procedimentos onde não se observa a incidência exacerbada do "risco moral", bem como garantir que procedimentos imprescindíveis também não sejam

cobrados desta forma, contudo, por ser uma norma geral e abstrata não é capaz de trazer todos as hipóteses possíveis. Neste sentido, dentro de uma contratação específica, as partes poderiam estabelecer outras isenções além daquelas que a norma vier a prever.

IV. **ASSETANS** – Trouxe uma lista de três exames, vinculados à quimioterapia, que não puderam ser isentados na RN 433, uma vez que o código TUSS deles não estava previsto no anexo. Sugeriu a inclusão de medidas efetivas para proteger o consumidor em tratamento contínuo.

Considerações da ANS: Acerca da contribuição da ASSETANS deve-se observar que a norma visa dar a maior transparência possível para todas as partes, razão pela qual optou-se por elencar os procedimentos conforme a tabela TUSS. Nesse sentido a ANS atuará para evitar que procedimentos sejam excluídos da lista de isenções por não estarem especificamente mencionados. Insta, no entanto, esclarecer que alguns códigos TUSS englobam, de forma agrupada, mais de um procedimento, razão pela qual pode ser possível não se visualizar códigos individuais para todos, o que é o caso dos três procedimentos citados.

V. **CNU** - As isenções só se justificam se relacionadas com programas de promoção à saúde, atenção primária, hierarquização, direcionamento entre outros mecanismos de regulação não financeiros previstos no contrato de plano de saúde. Requer que seja feito um estudo técnico em conjunto com mercado para apontar quais os procedimentos listados são, de fato preventivos e frequentes, considerando o impacto de 5,91%.

Considerações da ANS: Acerca da contribuição apresentada pela entidade deve-se enfatizar que as ações da ANS ocorrem de forma conjunta e integrada, desta forma, sem prejuízo da regulamentação dos mecanismos financeiros de regulação, a ANS atua através de programas de indução à qualidade; certificações de boas práticas em saúde, enfatizando a de atenção de primária, programas de promoção e prevenção e outros que buscam a melhoria dos serviços de saúde, entendendo, desta forma que não são programas e medidas excludentes, mas complementares.

VI. **FenaSaúde** – Mostrou que a previsão de isenção para um grande conjunto de procedimentos preventivos e para doenças crônicas é um benefício da Coparticipação e Franquia. Além disso, ponderou a complexidade operacional das operadoras para a implementação da lista de mais de 250 procedimentos isentos de cobrança.

Considerações da ANS: Acerca da contribuição apresentada pondera-se que a lista anteriormente apresentada pela RN 433/18 era uma lista bem reduzida se comparada a totalidade dos procedimentos de cobertura obrigatória, ainda assim de grande relevância diante da proteção que ofereceria para parcela mais hipossuficiente dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Nesse sentido a manutenção de procedimentos isentos tem estreita relação com a busca pela satisfação do interesse público, que somente pode ser garantido se sua aplicação for viabilizada, razão pela qual deve-se garantir a operacionalização da proposta.

VII. **IDEC** – A ANS diz que a RN 259/11 será suficiente para evitar o comportamento oportunista das empresas. Contudo, se tomarmos cidades com dimensões como a de São Paulo, em que pontos de um mesmo município são muito distantes, ainda assim permanece a margem para que a operadora ofereça poucos estabelecimentos com isenção e com isso, frustre o objetivo do normativo.

Considerações da ANS: Acerca da contribuição apresentada a ANS ressalta que todas as propostas apresentadas devem guardar coerência regulatória com a regulamentação já vigente e específica para as situações elencadas, ou, em sendo o caso substituí-la. Até o momento a RN 259/11 apresentou grandes resultados regulatórios e permitiu à ANS medidas como a suspensão de comercialização de planos quando verificada a incapacidade de a operadora garantir cobertura adequada para os beneficiários de determinado produto. Nessa linha entende-se que os parâmetros traçados pela RN 259/11 já foram testados e tiveram sua eficiência demonstrada pela prática em mais de 7 anos de vigência da norma.

VIII. **Ministério Público do Rio de Janeiro –** Necessidade de um maior debate sobre a extensão dos procedimentos isentos

Considerações da ANS: Acerca da contribuição apresentada pelo Ministério Público remeta-se à resposta dada para as contribuições I e II desta sessão. Ademais, cumpre acrescentar que a norma que se busca rever, qual seja, a Resolução CONSU 08/98 não prevê qualquer procedimento isento, razão pela qual as isenções apresentadas correspondem a um grande ganho na proteção aos beneficiários mais necessitados. Ainda acerca da extensão do rol deve-se observar, ainda, que o mesmo vem sendo discutido desde o início do processo normativo no ano de 2016 e já passou inclusive pela fase de consulta pública, tendo sido acrescidos, por fim, alguns procedimentos por sugestão da própria Diretoria Colegiada da ANS, como os procedimentos de triagem neonatal. Por fim, reitera-se que a definição de um elenco mínimo, não impede que os contratantes pactuem procedimentos extras, de acordo com suas especificidades.

IX. **Plurall Consultoria e Rodarte Nogueira Consultorias -** Não detectamos estudos da ANS com a mensuração do impacto financeiro da instituição da Lista de Isenções de coparticipações. Todavia, esse custo, que antes era pago pelos beneficiários que realizaram os procedimentos, será diluído entre todos os beneficiários do produto (mutualismo).

X.

XI. **Unimed do Brasil –** Em 25 operadoras do sistema Unimed – quase 2 milhões de beneficiários que possuem planos com coparticipação -, haveria um aumento de 5,91% nos custos assistenciais dos planos, resultante da isenção de coparticipação e franquia em mais de 250 procedimentos.

XII.

Considerações da ANS: Acerca da contribuição apresentada é necessário reafirmar a consideração feita no exame das propostas I e II desta sessão, deixando claro que o elenco de procedimentos isentos não deve ser confundido com o rol editado pela ANS. Destaca-se que a opção para elaboração desse elenco foi priorizar aqueles procedimentos que não estão sujeitos à falha de mercado denominada "risco moral" ou cuja realização é imprescindível ao acompanhamento das condições de saúde do indivíduo, ou seja, principalmente aqueles relacionados aos tratamentos contínuos de doenças crônicas, prevenção de doenças com alta prevalência no país, bem como procedimentos que induzam boas práticas. Nesse contexto a ANS entende que eventual aumento de custo para beneficiários como um todo será menor que os benefícios para um grupo específico e notadamente hipossuficiente. Ainda deve ser considerada a redução de custos no médio e longo prazos, obtida através da realização dos exames preventivos.

XIII. **Sinagências -** Garantia que os consumidores poderão realizar exames preventivos, sem a incidência de fator moderador.

Considerações da ANS: Em relação ao apontamento posto pela entidade, a ANS disponibiliza diversos canais para apresentação de denúncias por parte dos beneficiários, que se veem lesados pela inobservância das regras previstas nos normativos setoriais, como o Disque ANS, contatado através do telefone 0800.701.9656 e a Central de Atendimento acessada através do site na internet (http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/central-de-atendimento-ao-consumidor). Além desses canais remotos, há, ainda, o atendimento presencial disponibilizado em 12 Núcleos espalhados por todas as regiões do Brasil, cujos endereços estão disponíveis em http://www.ans.gov.br/aans/nossos-enderecos, desta forma a ANS coloca-se

pronta a receber todas as reclamações oriundas do descumprimento de suas normas para garantir sua efetividade à sociedade.

XIV. **Willis Towers Watson -** Potencial para reduzir valores arrecadados em coparticipação e influenciar decisões de uso do plano pelos beneficiários.

Considerações da ANS: Acerca da consideração apresentada a ANS remete à Análise de Impacto Regulatório realizada, na qual destaca que a previsão de mecanismos financeiros de regulação previne a realização de procedimentos desnecessários e reduz custos para o beneficiário. Considerando ainda a natureza desses mecanismos, que não devem ser vistos como fontes de custeio, mas de redução de desperdícios e consequentemente de melhoria da eficiência dos gastos. Os procedimentos isentos funcionariam, assim, para tornar a relação mais justa, evitando a utilização dos mecanismos financeiros de forma desnaturada.

Limite de exposição financeira

I. **IDEC** - A mensalidade já é fator de corte do usuário. O dobro dela é duas vezes o que ele se programou para pagar. Considerando a renda mensal média do brasileiro é de R$ 2.100,00, e o valor médio de um plano de saúde coletivo, R$ 502,28, segundo o painel de precificação da ANS, temos que esse limite de exposição significa 47% da renda deste indivíduo.

II. **Fundação Procon SP -** Permite maior previsibilidade de custo para o consumidor. Entretanto, a proposta de 12 vezes o valor da mensalidade ainda tem um potencial de causar o endividamento do consumidor. Nesse sentido, para fixar um limite mais adequado, entendemos que devem ser realizados estudos pela ANS considerando a capacidade de pagamento dos beneficiários.

Considerações da ANS: Acerca das contribuições trazidas pelas entidades esclarece-se que conforme Análise de Impacto Regulatória realizada, a finalidade do limite de exposição financeira é garantir previsibilidade e segurança aos beneficiários, sem perder de vista que seu valor é precificado na própria mensalidade do plano, de forma que, quanto menor o valor previsto, maior será a mensalidade do produto, o que traria, potencialmente, maiores prejuízos ao beneficiário.
Desta forma é necessário agir com cautela no estabelecimento deste limite para não inviabilizar a existência do produto, retirando dos beneficiários e contratantes, pessoas jurídicas, a opção pela contratação de um produto que se adeque a perfil

daquele beneficiário cujo risco de sinistro é menor e, por essa razão, não encontra-se disposto a pagar o preço de um plano de saúde sem mecanismos financeiros de regulação, situação que (i) reduziria a massa de beneficiários, ou seja, o montante de recursos que alimentam o sistema e, consequentemente garantem sua sustentabilidade; (ii) deixariam esses beneficiários de baixo risco muito mais expostos aos eventos catastróficos, uma vez que o substituto natural para um plano com incidência de fator de moderação nem sempre é um plano sem a incidência desses fatores, mas a não contratação de um plano de saúde.

III. **Ministério Público do Rio de Janeiro –** Destacou o limite de exposição financeira como um ponto positivo do futuro normativo.

Considerações da ANS: A posição do Ministério Público está em sintonia com a análise de impacto regulatório realizada.

IV. **Strategy Consultoria –** O limite de exposição financeiro tem que ser proporcional ao poder aquisitivo do indivíduo.

Considerações da ANS: Acerca da ponderação feita a ANS destaca que a utilização da mensalidade como paradigma para o limite foi demonstrada no documento de Análise de Impacto Regulatório como a melhor forma de se observar a proporcionalidade conforme o poder aquisitivo do beneficiário.

V. **Willis Towers Watson -** Dificuldade para empresas estabelecerem limite vinculado ao prêmio, considerando planos com prêmio médio, faixa etária e pós-pagamento.

Considerações da ANS: Acerca da contribuição apresentada observa-se que toda nova regra traz impactos para sua operacionalização e os mesmos acabam por ser mensurados de forma objetiva pelo estabelecimento de prazos maiores ou menores para início de vigência da norma. No âmbito de uma nova regulamentação para os Mecanismos Financeiros de Regulação caberá mensurar os impactos no momento de se estabelecer um prazo para a entrada em vigor da norma, não estando afastada a possibilidade de se discutir o tema conforme situações específicas tal qual apontadas.

Uso racional/irracional dos recursos

I. **ABRAMED** – Preocupação que a franquia estimule o uso irracional dos recursos, contrariando a ideia central da regulação financeira. A sugestão dada pela ABRAMED é a exclusão do modelo do normativo.

Considerações da ANS: Acerca da contribuição apresentada cumpre reiterar dado trazido na Análise de Impacto Regulatório de que as franquias já estão presentes na saúde suplementar. Sendo certo que este mecanismo financeiro de regulação está previsto em Lei e, por tal razão cabe à ANS sua regulamentação técnica, não podendo afastá-lo, naquilo que seria uma regulamentação contra-legem. Ademais, a franquia é mecanismo financeiro amplamente utilizado em diversos sistemas pelo mundo, como também demonstrado na Análise de Impacto Regulatório, não havendo indícios de que estimule o uso irracional dos recursos.

II. **CNU** – Trouxe a seguinte reflexão: "Queremos uma saúde suplementar com consumidores que controlem e participem do custeio de seu plano de saúde ou o desperdício que caracteriza o cenário atual?"

III. **FenaSaúde** – Contribui para reduzir a cultura do desperdício, incentiva o uso consciente dos serviços de saúde.

IV. **SINAMGE –** Ressaltou os números que apontam o Brasil como campeão em ressonâncias magnéticas (162 exames contra 52 da média mundial). Os mecanismos financeiros de regulação poderiam evitar desperdícios.

V. **Unimed do Brasil –** Os mecanismos financeiros de regulação geram a redução dos custos assistenciais na medida que inibe utilizações desnecessárias.

Considerações da ANS: A ANS remete ao documento de Análise de Impacto Regulatório que traz, inclusive, análises da doutrina econômica e da Economia em Saúde, demonstrando o potencial dos Fatores Moderadores/Mecanismos Financeiros de Regulação para tornarem os gastos no setor de saúde mais eficientes, sem deixar de reconhecer a existência de riscos intrínsecos, assim, a regulamentação deve estar atenta não só aos bônus dos mecanismos como aos seus ônus, para, desta forma, garantir que se está observando o interesse público na sua formulação.

VI. **IDEC** – Ponderou que a premissa de que a coparticipação e franquia evita desperdícios por meio do impacto no bolso do consumidor, na verdade aponta que as empresas assumam uma ineficiência de fazer sua gestão de custos, encarregando o consumidor desta tarefa.

VII. **Fundação Procon SP -** A principal motivação apresentada para a pretensão regulatória é o incentivo ao uso consciente dos planos de saúde por parte dos beneficiários. Na visão das operadoras, o consumidor usa de forma desnecessária e

com excesso de procedimentos, incorrendo em desperdício dos planos de saúde. Em que pese entendermos que essa afirmação é equivocada, a justificativa de incentivar o consumidor ao uso consciente do plano, impondo percentuais elevados de coparticipação, pode levar o consumidor a retardar o tratamento de enfermidades.

Considerações da ANS: A ANS reitera a resposta dada acima, nas contribuições II, III, IV e V desta sessão, e acrescenta que trabalha também para reforçar a necessidade de as operadoras e empresas fazerem sua própria gestão de custos, através de normas como as de indução a boas práticas ou a de transparência das informações na Saúde Suplementar, isso porque, na ótica de um sistema, seu funcionamento tende a ser mais eficiente quanto maior for o engajamento de todas as partes envolvidas, cada um contribuindo dentro de suas possibilidades e respectivas responsabilidades. Assim, em se considerando as previsões legais e normativas acerca da obrigatoriedade de cobertura pelas operadoras de planos de saúde, que não podem, como regra, negar coberturas aos procedimentos solicitados, em algumas situações caberá ao prestador e ao próprio beneficiário analisar a necessidade de realização e quanto mais preparado estiver um consumidor para fazer essa avaliação menores os riscos de vir a ser induzido a fazer procedimentos desnecessários, bem como menores serão os riscos de atrasar a busca pelos procedimentos efetivamente necessários. A educação para o consumo assume, desta forma, papel de grande relevância para garantir o cumprimento das premissas de qualquer norma.

VIII. Strategy Consultoria – O fator moderador tem como princípio conscientizar o beneficiário sobre o custo dos serviços de saúde.

Considerações da ANS: Acerca da consideração posta vale repisar as repostas dadas para as contribuições II-V e VI-VII. Há vasta doutrina que discute a natureza dos fatores de moderação, prevalecendo aquela que os entende como meio/instrumento para inibição do risco moral. Há ainda, conforme apontado nos estudos feitos para a norma em discussão aqueles que, inobstante discordem de uma natureza pura de inibidores de risco moral apresentam alternativas para que tal natureza seja ao máximo preservada. Salienta-se, no entanto, a necessidade de analisar com cautela a afirmação, uma vez que existe todo um trabalho de preparação do consumidor para que o mesmo esteja apto a realizar escolhas conscientes, especialmente diante de sua própria saúde.

Percentual máximo de Coparticipação

I. **IDEC** – Mostrou que o estudo internacional Rand Health Insurance Experiment (HIE) aponta para um percentual máximo de 25% de coparticipação. "É muito difícil encontrar equilíbrio ou justiça em uma situação em que a pessoa pague a mensalidade do plano de saúde e ainda tenha que arcar com quase metade do valor do procedimento".

II. **Ministério Público do Rio de Janeiro** – Também referenciado o estudo HIE, opinaram pela limitação da coparticipação à percentuais inferiores a 25%, incluindo também os contratos coletivos.

III. **Fundação Procon SP –** O estudo Rand HIE demonstra que a coparticipação acima de 25% não altera de forma significativa o comportamento. Se a intenção é coibir o risco moral, esse objetivo já é alcançado com um percentual máximo de 25%. Deste modo, limites acima desse percentual podem representar desassistência para o consumidor.

Considerações da ANS: A ANS pondera que o referido estudo foi analisado durante a elaboração da análise de impacto regulatório e a leitura apresentada pela ANS deixa claro não ser possível estabelecer um percentual exato sobre qual deveria ser o percentual máximo admitido com base nos estudos analisados e dados existentes, contudo, em uma análise comparativa com outros sistemas o percentual de 40% mostrou-se razoável.

Observa-se, ainda, que o estudo mencionado não traz a conclusão sobre qual seria o percentual e adota como paradigmas 4 modelos de planos distintos, o plano sem fatores de moderação, o plano com 95% de coparticipação em procedimentos ambulatoriais e sem coparticipação em internações e os planos com 25 e 50% de coparticipação em procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

Diante da observação da utilização dos beneficiários desses planos e de suas condições de saúde dentro de um intervalo de tempo cada pesquisador que analisa os estudos chega as suas conclusões, assim, o estudo RAND é um grande banco de dados disponível aos pesquisadores que queiram debruçar-se sobre o tema, contudo ele foi realizado há mais de 3 décadas, em uma realidade completamente distinta.

Assim, a ANS o considerou como paradigma, mas continuará empreendendo esforços para mensurar o percentual adequado para a realidade atual da saúde suplementar no Brasil.

Outro ponto a ser destacado diz respeito a necessidade de se analisar em conjunto todos os limites discutidos, uma vez que a ideia até aqui preponderante é a necessidade de se conciliar a aplicação dos fatores de forma a garantir (i) Previsibilidade sobre o valor total a ser arcado pelo beneficiário acerca das

coberturas contratadas e utilizadas; (ii) evitar que um único procedimento excessivamente caro venha a comprometer as finanças do beneficiário; (iii) Deixar margem para que as partes possam negociar percentuais de coparticipação dentro de um intervalo maior de valores, de forma a adequá-los conforme os percentuais a serem cobrados, razão pela qual a ANS opta por estabelecer um valor máximo e não um valor determinado.

IV. **Plurall Consultoria e Rodarte Nogueira Consultorias -** Do ponto de vista técnico, entendemos que a limitação do percentual poderia, inclusive, ser maior que os 40% previstos na RN nº 433/18, todavia com limites variados pela complexidade dos procedimentos. Observamos que existem operadoras com coparticipação de 50% em procedimentos de baixa complexidade, sem números de reclamações registradas na ANS (NIP's).

Considerações da ANS: Acerca da contribuição a ANS verifica que o presente tema ainda não está pacificado na sociedade e, por esta razão ainda deverá ser mais discutido com a análise de novos subsídios a serem juntados no processo. Ressalta-se, no entanto, que proposta semelhante já chegou a ser analisada quando da ocasião da Consulta Pública 24/06, feita no âmbito do processo nº 33902.140914.2005-11, quando a proposta trazia diferentes percentuais de coparticipação conforme a complexidade dos procedimentos.

V. **Sinagências -** É inviável na atual economia brasileira pagar a mensalidade (que já compromete boa parte da renda do consumidor) e ainda ter que pagar até 40% do valor de cada exame.

Considerações da ANS: Acerca da contribuição apresentada a ANS remete para a resposta dada para as contribuições I e II, da sessão 2, deste documento, que trata dos Limites de Exposição Financeiras, acrescentando que conforme análise de impacto regulatória realizada, uma das finalidades do limite percentual é garantir previsibilidade e segurança aos beneficiários. Que o estabelecimento de limites é uma inovação trazida pela proposta em benefício dos consumidores, uma vez que a CONSU 08/98 jamais estabeleceu qualquer limite. Ademais, conforme pontuado na Análise de Impacto Regulatório, a coparticipação / franquia afeta diretamente o valor pago a título de mensalidade, desta forma deve-se analisar que a coparticipação gera (i) contraprestação mensal menor; (ii) somente será devida quando ocorrer a efetiva utilização do plano.

Transparência das Informações

I. **CNU** – Aspecto positivo a ser destacado na proposta: ela preza pela transparência, já que a operadora tem o dever de informar e o beneficiário o direito de saber seu real valor de participação. Essa premissa deve ser mantida.

II. **FenaSaúde** – Maior transparência nos cursos com a coparticipação e franquia.

Considerações da ANS: Acerca das considerações acima a ANS reforça o compromisso com a transparência, sendo certo que esta tem que estar presente em todos os eixos da relação, ou seja, entre operadora e beneficiário, prestador e beneficiário e prestador e operadora. Somente com a transparência em todos os eixos relacionais será possível garantir o efetivo alcance do interesse público primado pelo ente regulador de reduzir/acabar com as assimetrias de informação presentes no setor.

III. **Instituto de Defesa Coletiva** – Cautela na forma como essa nova regra será repassada aos consumidores, afinal, devem ser promovidas informações que possibilitem um planejamento financeiro, para que os usuários não fiquem prejudicados por falta de informação clara. A informação aos consumidores é *conditio sine qua non* da realização do mercado. Sugeriu a inclusão, na nova resolução, da obrigatoriedade da informação clara e prévia ao consumidor no material publicitário do plano e no instrumento de contrato, além da obrigatoriedade da criação de campanha educativa unificada no período mínimo de seis meses para a informação dos consumidores. Defendeu a penalidade coercitiva (multa/suspensão de comercialização) no caso de descumprimento.

Considerações da ANS: Acerca da consideração apresentada a ANS considera que todas as entidades que compõe a cadeia têm suas responsabilidades e dentro de suas condições devem garantir a efetividade de suas atuações diante do público representado. Considera, portanto, extremamente salutar que as entidades realizem os devidos esclarecimentos aos seus representados, da mesma forma que a ANS busca sempre dar transparência aos seus normativos, inclusive quanto aos motivos e motivações neles existentes.

IV. **Ministério da Fazenda -** Deve ser transparente e simples de entender, para induzir competição e evitar judicialização.

V. **Strategy Consultoria –** Ausência dos Simuladores (pré e pós) que estavam presentes em discussões anteriores.

Considerações da ANS: A ANS observa que desde a retomada das discussões sobre o tema em 2016 tenta conciliar o dever de informar com a clareza necessária para que as informações dadas tenham efetiva utilidade para a sociedade, nesse aspecto reforça que a análise a ser feita passará também pelo filtro da eficiência e eficácia da informação, de forma a priorizar a exigência de informações que possam ser prontamente assimiladas pelas partes.

Desta forma destaca-se, também, em relação aos simuladores originalmente propostos, que, conforme análise das contribuições recebidas durante a Consulta Pública nº 60, optou-se por retirá-los da proposta por ter sido entendido pelas partes como um instrumento que tenderia a aumentar ainda mais as assimetrias de informação existentes, uma vez que estaria sendo colocada diante de um consumidor pouco familiarizado com o tema uma quantidade muito grande de opções que tenderia a causar-lhes maior dificuldade para analisar opções existentes.

IV – Identificação das sugestões e contribuições incorporadas ao processo decisório da ANS

Ante o exposto, tendo em vista a análise das principais contribuições realizadas na Audiência Pública, constata-se ainda divergência de posicionamentos em temas prioritários da proposta como: procedimentos isentos, limite de exposição financeira, limite percentual de coparticipação, dentre outros.

Nesse sentido, será necessária nova rodada de participação social, com discussão específica dos temas, a fim de obter o consenso sobre a melhor medida regulatória a ser tomada.