



Contribuições

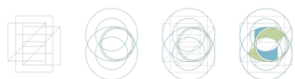


15
anos



Art. 1º

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe mecanismos de regulação financeiros -

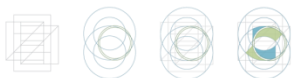


Sugestões

SINOG e FENASAÚDE

Comentário: Revisão da disposição para “mecanismos financeiros de regulação”, com a finalidade de adequação do conceito.

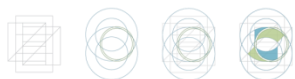
Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre mecanismos financeiros de regulação.



Art. 2º

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

Parágrafo único – Entende-se Risco Moral a tendência de sobreutilização do Plano de Saúde meramente em função da disponibilidade do serviço.



Sugestões

SINOG

Comentário: Revisão do conceito levando em conta que, embora haja a finalidade de mitigar a incidência do risco moral, é também uma forma de compartilhamento de custo, conforme desenho do produto.

Art. 2º Para fins desta norma entende-se Mecanismos Financeiros de Regulação os fatores moderadores que visam o uso adequado das coberturas assistenciais à saúde.

UNIODONTO

Art. 2º Para fins desta norma entende-se Mecanismos de Regulação Financeira os fatores moderadores de uso destinados a mitigar a incidência do risco moral do beneficiário no mercado de Saúde Suplementar, bem como cofinanciar a assistência à saúde.

IBA

Parágrafo único – Entende-se Risco Moral a tendência de utilização abusiva do Plano de Saúde meramente em função da disponibilidade do serviço.

Sugestões

FENASAÚDE

Comentário: Entendemos que a inclusão de conceito teórico limita o mesmo sem trazer vantagem para a norma

Art. 2º São Mecanismos Financeiros de Regulação os fatores moderadores empregados na promoção do uso na medida adequada dos serviços de saúde cobertos pelos planos de saúde

UNIMED BH

Comentário: Em que pese a definição da expressão “risco moral” estar contemplada no parágrafo primeiro, sugere-se a alteração do *caput* para que já na primeira leitura fique claro que o risco moral se relaciona à utilização indevida pelo beneficiário e não a um comportamento das Operadoras.

Art. 2º Para fins desta norma entende-se Mecanismos de Regulação Financeira os fatores moderadores de uso destinados a mitigar a incidência do risco moral da utilização indevida pelo beneficiário no mercado de Saúde Suplementar:

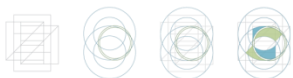
Sugestões

ABRAMED

Comentário: Entendemos que o conceito de Risco Moral que se pretendeu utilizar no artigo 2º do documento apresentado no Grupo Técnico se refere à possibilidade de que o beneficiário mude o seu comportamento, no sentido de se tornar menos cuidadoso (avesso ao risco).

Pelo exposto, propõe-se a modificação do artigo 2º, excluído o seu parágrafo único, justamente para evitar interpretações equivocadas do instituto proposto, conforme a seguinte nova redação:

Art. 2º Para fins desta norma entende-se por Mecanismos de Regulação Financeira os fatores moderadores de uso destinados a mitigar a sobreutilização do Plano de Saúde meramente em função da disponibilidade do serviço.



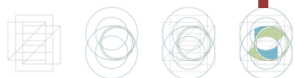
Art. 3º

Art. 3º São espécies de Mecanismos de Regulação Financeira:

I - coparticipação é um fração do valor do evento, fixo ou variável, pago pelo consumidor referente a realização de um procedimento, sendo vedado que esta corresponda ao financiamento integral do procedimento, podendo apresentar as seguintes formas:

- a. Percentual do custo real quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços
- b. Percentual da tabela quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela com valores, independente do valor a ser pago pela operadora, ao prestador;
- c. Valor monetário fixo para cada procedimento específico;

Duvidas: pago para quem? Só operadora?



Sugestões

SINOG e FENASAÚDE

Comentário SINOG: O pagamento da coparticipação deve ser feito à operadora ou à pessoa jurídica contratante (seja para os casos em que a operadora é impedida de enviar boleto diretamente ao beneficiário, seja para as hipóteses em que o contrato é definido em custo operacional e há parcela de responsabilidade do empregado nas despesas assistenciais para subsidiar o pagamento que é feito à operadora).

Na proposta do SINOG não está sendo sugerido o pagamento da coparticipação ao prestador porque está contemplado na franquia por evento (art. 3º, inciso II, b), na qual foi proposta que a franquia por evento possa ser estabelecida tanto em valor, quanto em percentual.

Além disso, deve-se estabelecer que a forma de atualização do valor fixo deve estar disposta em contrato, podendo ocorrer tanto na época do reajuste contratual quanto na atualização da tabela de referência.

No conceito de coparticipação, deveria haver um parágrafo de exceção, estabelecendo que a vedação sobre a coparticipação não corresponder ao valor integral do procedimento não se aplica para as coberturas não previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, bem como nas coberturas odontológicas, uma vez que o sistema misto de pagamento (RN nº 59, de 2003) já permite que o beneficiário assumo o risco integral de procedimentos odontológicos, com algumas exceções.

Além disso, a menção a “custo real” do procedimento não é adequada uma vez que a operadora conhece o valor pago por ela ao prestador, o que é diferente de concluir que esse é o custo real (que dá a entender que é o custo do próprio prestador e não o que ele negociou de valor com a operadora).

Sugestões

SINOG e FENASAÚDE

Comentário FENASAÚDE: Não há que se falar em percentual de custo real na coparticipação, mas sim em preço. As operadoras não tem acesso ao custo real do procedimento dos prestadores.

É importante que a coparticipação esteja prevista também para grupos de procedimento que são negociados em conjunto na prestação da assistência ao beneficiário. Quanto a vedação da coparticipação integral, está prevista em outro dispositivo desta mesma norma.

Art. 3º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação:

I – coparticipação é a fração fixa ou variável do valor do procedimento, grupo de procedimentos ou evento a ser pago pelo beneficiário, podendo apresentar as seguintes formas:

- a. Percentual do valor pago pela operadora ao prestador de serviços;
- b. Percentual da tabela de referência da operadora, independente do valor a ser pago pela operadora ao prestador; e
- c. Valor monetário fixo para cada procedimento específico, grupo de procedimentos ou evento.

Sugestões

SINOG

SINOG ACRESCENTA OS SEGUINTE PARÁGRAFOS:

§xº A forma de atualização do valor monetário fixo deve estar disposta em contrato, podendo ocorrer tanto na época do reajuste contratual quanto na atualização da tabela de referência da operadora.

§xº A coparticipação não pode corresponder ao valor integral do procedimento, exceto quando:

a) Tratar-se de cobertura adicional ao rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecido pela ANS;

b) A totalidade não corresponder ao valor integral do grupo de procedimentos ou eventos, ainda que individualmente um determinado procedimento pertencente a esse grupo possa ter o valor integral atingido;

c) Referir-se a cobertura odontológica na qual haja expressa previsão contratual de pagamento integral do procedimento pelo beneficiário ou contratante;

d) For adotada como forma alternativa à imputação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Sugestões

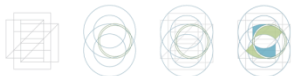
UNIODONTO

Comentário: É preciso retirar a limitação de *financiamento integral*. Devemos admitir (como constam das letras **b** e **c** abaixo) que a coparticipação represente um valor independente daquele pago ao prestador.

Art. 3º São espécies de Mecanismos de Regulação Financeira:

I – coparticipação: uma fração do valor do evento, fixa ou variável, paga pelo consumidor referente à realização de um procedimento, ~~sendo vedado que esta corresponda ao financiamento integral do procedimento~~, podendo apresentar as seguintes formas:

b) percentual calculado sobre tabela: quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela definida contratualmente, especificando os valores dos procedimentos, independentementemente do valor a ser pago pela operadora ao prestador; e



Sugestões

IBA

Comentário: Alteração. A questão de não poder ser integral não cabe a todos as formas de coparticipação e será mais bem detalhado e limitado a seguir nas demais sugestões.

I – coparticipação é a fração do valor do evento, fixo ou variável, pago pelo beneficiário diretamente à operadora (ou por intermédio da pessoa jurídica contratante) referente à realização de um procedimento, podendo apresentar as seguintes formas.

Comentário: Em função do comentário anterior, neste tipo de coparticipação pode ser estabelecido que não se pode ter financiamento integral e que, para não ser considerado abusivo, estaria estabelecido o percentual máximo para não mais haver divergências de interpretação, entendendo que 50% é metade da conta e desta maneira o beneficiário nunca pagaria mais que a Operadora.

Quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços, poderá ocorrer mudança da cobrança de valor de coparticipação ao beneficiário para um mesmo procedimento em menos de 1 ano, em função do reajuste do valor real pago ao prestador de serviço, sendo vedado que esta corresponda ao financiamento integral do procedimento;

a) Percentual do custo real pago pela Operadora ao Prestador (limitado a 50%), podendo variar de acordo com procedimento, grupo de procedimentos, rede, nível de utilização e região geográfica.

Sugestões

IBA

Comentário: Incluir a opção de valor fixo por grupo de procedimentos, que é o mais comumente praticado (exemplo: único valor para exames simples e único valor para complexos). Neste caso de valor fixo, pode ocorrer da coparticipação ser integral para alguns procedimentos que fazem parte daquele grupo. Porém, isso não significa ter sido abusivo, uma vez que para um procedimento mais caro presente nesse grupo o valor da coparticipação representará quase nada. Assim, pelo mutualismo, e em função da utilização esperada no ano para cada beneficiário, a tendência é a de que ele faça diversos procedimentos desse grupo e que o total pago de coparticipação frente ao total gasto pela OPS não seja abusivo.

Poderá ser reajustado anualmente conforme previsão contratual.

c) Valor monetário fixo por procedimento ou grupo de procedimentos.

Duvidas: pago para quem? Só operadora?

Comentário: Coparticipação paga para a Operadora, pois o pagamento da coparticipação ao prestador, se confundirá com a franquia por evento.

Sugestões

UNIDAS

Comentário: Entendemos que o pagamento da coparticipação poderá ser efetuado diretamente à operadora ou ao prestador de serviços, devendo o contrato/regulamento do plano estabelecer o critério que será utilizado, tendo em vista a variedade de situações existentes;

2. O contrato/regulamento deve dispor sobre a forma de atualização do valor da coparticipação, recomendando que, a princípio, seja efetuada por ocasião do reajuste anual da contratação, observadas as condições previstas contratualmente; nos contratos de preço pós-estabelecido, a atualização deverá estar disposta no contrato/regulamento;

3. Recomendamos que seja estabelecido um inciso sobre a coparticipação nas internações hospitalares, fixando que esta poderá ser

- a) através de valor fixo, aplicável uma única vez ou por diária;
- b) em percentual sobre o valor total da internação, devendo o contrato/regulamento estabelecer um teto;
- c) em percentual diferenciado para as internações psiquiátricas, seja para períodos ininterruptos ou para atendimento em hospital-dia;
- d) o contrato/regulamento deverá prever a forma de cálculo nos casos de internação em hospital-dia.

Defendemos, portanto, em face do princípio da autonomia da vontade e das especificidades existentes, principalmente nos contratos coletivos empresariais ou coletivos por adesão, que as partes tenham liberdade para estabelecer os mecanismos de regulação financeira.

Sugestões

UNIMED RIO

Comentário:

I - coparticipação é um fração do valor do evento, fixo ou variável, pago pelo consumidor referente a realização de um procedimento, ~~sendo vedado que esta corresponda ao financiamento integral do procedimento~~(1), podendo apresentar as seguintes formas: ~~(visando um compartilhamento de risco?)~~; (2)

Justificativas:

- (1) Excluir trecho. O artigo 12º proposto da presente minuta já aborda esse tema, o qual já é apresentado inclusive o percentual limitador. Além disso, o produto com este fator moderador estará precificado de acordo com a escolha do beneficiário.
- (2) Excluir trecho. Não estamos visando compartilhamento de risco, mas sim a indução de um consumo consciente do plano, com procedimentos de natureza preventiva.

Comentário: É necessário prever possibilidade de cobrança de franquia por grupo de procedimentos, não só por procedimento ou evento individualizado.

Importante: padronizar os termos procedimento/evento/grupo de procedimentos no normativo.
c. Valor monetário fixo por procedimento/evento ou grupo de procedimentos.

Duvidas: pago para quem? Só operadora?

Não.

- Prever pagamento para Operadora e para o Prestador.
- Possibilidade de pagamento em momentos distintos: (1) cobrado no ato da realização do procedimento; ou (2) posteriormente.

Sugestões

NOSSA SAÚDE

Comentário: - A coparticipação poderá ser paga tanto à Operadora, quanto ao Prestador, deixando livre a opção que mais se adequar ao modelo de administração da Operadora.

- A RN deverá indicar quais os procedimentos médicos/hospitalares/diagnósticos e terapias que poderão ter a coparticipação.
- O conceito de “coparticipação”, pode ser ampliado para a seguinte sugestão:

I – coparticipação: é um fração do valor do evento, fixo ou variável, pago pelo consumidor à operadora de Plano de Saúde, após a emissão da guia de liberação do procedimento, que será cobrado na fatura do Beneficiário pela Operadora, sendo vedado que esta corresponda ao financiamento integral do procedimento, podendo apresentar uma das seguintes formas por produto comercializado:

UNIMED BRASIL

Comentário: entende-se que a nova legislação deve abranger práticas já utilizadas no país, comuns em alguns Estados, em que o valor de coparticipação é fixado por um grupo de procedimentos de acordo com a remuneração acordada com o prestador, situação em que o valor a ser pago pode caracterizar o financiamento integral.

d. valor monetário fixo por grupo de procedimentos, situação em que não se aplica a vedação do caput em relação ao financiamento integral.

Sugestões

ABRAMGE

Comentário: Para aprimoramento, sugere-se que conceitos como “Risco Moral” não sejam expostos em normativo por serem de difícil compreensão. Além disso, a rigor, o risco moral não seria uma tendência de sobreutilização do plano e sim caracterizado por uma mudança no comportamento do segurado após a contratação da cobertura e pela presença de assimetria de informação entre seguradora e segurado. Dessa forma, caso ainda assim entenda ser necessário definir conceitos, sugere-se que este conste de forma ampla e abrangente em cartilhas e informativos.

Além do mais, não seria adequado caracterizar a coparticipação e franquia apenas como mecanismo de regulação financeira, uma vez que são em sua essência mecanismos de compartilhamento de custo, que tem efeito de mitigar o risco moral e a assimetria de informação. Por isso, tradicionalmente, são classificados como tipos de “cost sharing”.

Tendo em vista o exposto, sugere-se a adaptação do artigo 1º, a exclusão do Art. 2º a renumeração do artigo 3º para 2º, conforme segue:

Sugestões

ABRAMGE

EMENTA: Dispõe sobre coparticipação e franquia e dá outras providências.

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN regulamenta a coparticipação e a franquia na saúde suplementar.

Art. 2º Para os efeitos desta Resolução considera-se:

I – Coparticipação: fração do evento coberto, fixa ou variável, paga pelo consumidor à operadora ou ao prestador, referente a utilização dos produtos e serviços de saúde, sendo vedado que esta corresponda ao financiamento integral do procedimento, podendo apresentar as seguintes formas:

a. Valor monetário fixo para cada procedimento específico;

b. Percentual do custo real quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços;

c. Percentual do valor do procedimento conforme disposto em tabela específica, disponibilizada pela operadora e reajustada anualmente, segundo determinação contratual, independente do valor efetivamente pago pela operadora ao prestador.

Sugestões

UNIMED BH

Comentário: Adequar em virtude do que dispõe a RN nº 195 quando regulamenta a forma de pagamento de planos coletivos.

I - coparticipação é uma fração do valor do evento, fixo ou variável, pago pelo contratante referente a realização de um procedimento, sendo vedado que esta corresponda ao financiamento integral do procedimento, podendo apresentar as seguintes formas:

Duvidas: pago para quem? Só operadora?

Sim, o valor deverá ser pago exclusivamente pela contratante para a Operadora, sob pena de estar configurada franquia.

ANAHP

Comentário: Mecanismos como coparticipação pertencem à esfera de relação entre operadoras e beneficiários. Em nenhum dos casos, deve ser delegado ao prestador a responsabilidade por cobrar ou receber os valores relativos à assistência de beneficiários de planos de saúde.

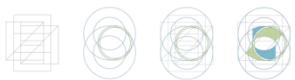
Sugestões

ABRAMED

Comentário: a manutenção do modelo de cobrança atualmente praticado, mantendo os mecanismos de regulação financeira limitado às partes envolvidas: contratantes/beneficiários e OPS.

A cobrança da coparticipação pelos prestadores de serviços poderá gerar uma série de inconsistências no sistema de saúde suplementar, desvirtuando o instituto de seu objetivo principal, qual seja, o de garantir o uso eficaz dos serviços custeados pelas OPS, e, ao mesmo tempo, manter o direito do beneficiário acessar os serviços de saúde.

Portando, observada a coerência do sistema e a fim de evitar a transferência de riscos em cadeia, é essencial que a cobrança dos valores relativos aos mecanismos de regulação financeira seja mantida sob responsabilidade das OPS.



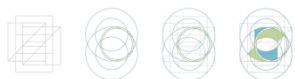
Art. 3º

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

a. Franquia acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 1 ano (12 meses), até atingirem o valor X;

b. Franquia por evento correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos até o valor de R\$ X;

c. Franquia Limitada nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia em procedimentos/eventos (limitadas pelo custo ou tipo de procedimento/evento).



Sugestões

SINOG

Comentário: A RN não deveria estabelecer o valor x, mas sim prever “até atingir o valor contratualmente definido”. Além disso, deve-se estabelecer que a atualização do valor deve estar disposta em contrato.

II – Franquia é valor ou percentual, segundo formas a seguir, estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, por beneficiário, até o qual a operadora não tem responsabilidade de custeio, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada, ~~podendo apresentar as seguintes formas:~~

a. Franquia acumulada: quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 12 (doze) meses, até atingirem o valor contratualmente estabelecido, contando-se referido prazo da data de adesão de cada beneficiário;

b. Franquia por evento: corresponde à modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos até o valor ou percentual estabelecido em contrato, admitindo-se que o contrato contemple estratificações dos eventos;

c. Franquia limitada: nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia em procedimentos/eventos (limitadas pelo custo ou tipo de procedimento/evento).

Sugestões

UNIODONTO

a) franquia acumulada: quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas em determinado período, não superior a doze meses, até atingirem o valor definido contratualmente;

ou

a) franquia acumulada: quando a operadora somente se responsabiliza pelo custeio das despesas que ultrapassarem um valor definido contratualmente em cada período determinado, não superior a doze meses;

b) franquia por evento: corresponde à modalidade em que a operadora não se responsabiliza pelo custeio dos procedimentos até o valor definido contratualmente;

IBA

Comentário: Não deveria estabelecer o valor x, deixando que cada operadora defina seu produto. Além disso, deve-se estabelecer que a atualização do valor estará disposta em contrato.

a) Franquia acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 1 ano (12 meses), até atingir o valor contratualmente definido.

Sugestões

IBA

Comentário: Melhorar redação e não deveria estabelecer o valor x, deixando que cada operadora defina seu produto. Além disso, deve-se estabelecer que a atualização do valor estará disposta em contrato.

b) Franquia por procedimento, evento ou grupo de procedimentos correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos, eventos ou grupos de procedimentos, até atingir o valor contratualmente definido.

Comentário: melhora da redação para diferir dos tipos anteriores.

c) Franquia Limitada nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia na ocorrência de procedimentos, grupo de procedimentos ou eventos contratualmente definidos.

Sugestões

FENASAÚDE

Comentário: Melhor clareza de redação e vinculação da franquia ao valor estabelecido em contrato.

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

- a. Franquia acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até um ano (12 meses), até atingirem o valor estabelecido em contrato.
- b. Franquia por evento correspondendo à modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos até o valor estabelecido em contrato
- c. Franquia limitada nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia em procedimentos/eventos (limitadas pelo custo ou tipo de procedimento/evento).

Parágrafo único: Para fins do disposto no art. 3º, inciso II, alínea a, considera-se contagem do prazo de doze meses a partir da efetiva adesão do beneficiário ao contrato.

Sugestões

UNIDAS

Comentário: Entendemos que:

1. A norma não deve fixar um valor limite, devendo tal situação ser tratada pelas partes, no contrato/regulamento;
2. Ela também deve contemplar que a franquia será reajustada anualmente, em conformidade com os índices aplicáveis à contratação ou a forma prevista pelas partes.

UNIMED RIO

Comentário: É necessário prever possibilidade de cobrança de franquia por grupo de procedimentos, não só por procedimento ou evento individualizado.

Importante: padronizar os termos procedimento/evento/grupo de procedimentos no normativo.

c. Franquia Limitada nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia em procedimentos/eventos ou grupo de procedimentos.

Sugestões

NOSSA SAÚDE

Comentário: - A RN deverá definir que a “**Tabela**” poderá ser uma “Tabela de Valores Própria produzida pela Operadora de Saúde”, cujos códigos devem estar referenciados à TUSS, e os valores fixados com base nas negociações com os prestadores;

- Sugerimos a complementação dos itens “a” e “c”

a. Franquia acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 1 ano (12 meses), correspondente ao ano contratual, até atingirem o valor X; sendo que o sinistro embora seja indicado para efeitos de monitoramento TISS, valor arcado pelo Beneficiário será considerado somente para efeitos estatísticos, e não de sinistro;

c. Franquia Limitada nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia em procedimentos/eventos (limitadas pelo custo ou tipo de procedimento/evento), ou seja, um valor fixo baseado em tabela de valores própria negociada pela Operadora de Saúde, referenciados à TUSS.

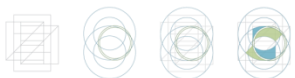
Sugestões

UNIMED BRASIL

- b. Franquia por evento correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos ou grupo de procedimentos até o valor de R\$ X;
- c. Franquia Limitada nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquias em procedimentos/eventos ou grupo de procedimentos (limitadas pelo custo ou tipo de procedimento/evento).

UNIMED BRASIL

Comentário: ABRAMED posiciona-se contrariamente à franquias, tendo em vista que o instituto pode, na prática, contrariar o objetivo primordial da regulação financeira que é, justamente, a utilização eficaz e racional dos recursos.



Sugestões

ABRAMGE

Comentário: Em relação à proposta, sugere-se que não seja delimitado em norma o valor que poderá ser praticado a título de franquia. Essa decisão deve ser tomada de comum acordo entre operadora e contratante. Vale lembrar que a maioria das contratações desse tipo deve ocorrer no mercado de planos coletivos empresariais e, neste caso, a empresa contratante poderá tomar a decisão, por exemplo, de constituir fundo a ser utilizado para custear a franquia, fazendo com que esta não onere diretamente o beneficiário. Além do mais, há uma infinidade de produtos no mercado e um eventual limite imposto pela ANS poderá ser baixo quando comparado ao perfil do plano.

- a. Franquia acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 1 ano (12 meses) nos 12 meses da vigência contratual;
- b. Franquia por evento, situação em que a operadora não se responsabiliza pelo custeio de qualquer procedimento até o valor definido contratualmente;
- c. Franquia limitada, hipótese em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia em procedimentos/eventos definidos em contrato.

Parágrafo Único: Quando da adoção da franquia prevista no inciso II deste artigo, excepcionalmente, será aceito o pagamento integral do procedimento pelo

Sugestões

UNIMED BH

Comentário: O valor teto até o qual a Operadora não se responsabiliza pela cobertura não deve estar prevista em norma, mas sim nos contratos. Este valor poderá ser utilizado pelas operadoras como diferenciais entre os produtos comercializados, o que estimulará a concorrência, resultando em uma oferta mais ampla de opções para os beneficiários.

- a. Franquia acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 1 ano (12 meses), até atingirem o valor previsto em contrato;

Comentário: O valor do teto até o qual a Operadora não se responsabiliza pela cobertura não deve estar previsto em norma, mas sim nos contratos. Este valor poderá ser utilizado pelas operadoras como diferenciais entre os produtos comercializados, o que estimulará a concorrência, resultando em uma oferta mais ampla de opções para os beneficiários.

- b. Franquia por evento correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos até o valor previsto em contrato;

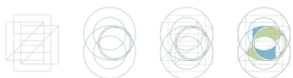
Sugestões

UNIMED BH

Inserir

Parágrafo único: respeitados os limites e conceitos estabelecidos nesta Resolução, as duas espécies de Mecanismos de Regulação Financeira previstas nos incisos anteriores poderão ser adotadas em conjunto.

Comentário: A possibilidade de adoção de coparticipação e franquia no mesmo produto poderá resultar em maior diversidade de produtos disponíveis no mercado, possibilitando aos beneficiários/contratantes optarem pela opção que mais se adequam ao seu perfil.



Art. 4º

Art. 4º As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar um dos Mecanismos de Regulação Financeira previstos nesta norma serão obrigadas a disponibilizar as seguintes informações:

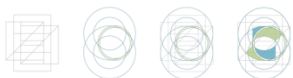
I – Disponibilização de um Simulador Pré-Contratação – Simulador em que o interessado poderá ter noção prévia a contratação sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano, podendo apresentar uma variação de x% em relação ao custo real;

II – Simulação Pré-Utilização – Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor aproximado em que será responsável pelo pagamento, podendo apresentar uma variabilidade de X% (menor que a pré contratação)

III – Informação pós utilização refletindo o valor real (ou uma tabela)*

IV- informação no contrato

- **Necessidade de fixação de um período no qual essa tabela não poderá sofrer alteração nos seus valores**



Sugestões

SINOG

Comentário: Simulador Pré-contratação: Quando as operadoras optarem por utilizar mecanismos de regulação financeira em valores fixos, deveriam estar dispensadas do simulador, já que o valor já está previamente definido. Pela dificuldade de implementação tecnológica (principalmente pelo baixo ticket médio do setor e o expressivo número de operadoras exclusivamente odontológicas de pequeno porte), as operadoras exclusivamente odontológicas deveriam estar dispensadas do simulador.

Simulador Pré-utilização: A variação pré-utilização depende de diversos aspectos que impedem estabelecer uma variabilidade mínima, tais como:

- ocorrer reajuste na tabela do prestador entre a data da simulação e a data do atendimento;
- ocorrer situações adversas durante a realização do procedimento, que impliquem em procedimentos adicionais não simulados previamente e com impacto no valor final;
- existir pagamento ao prestador no modelo fee for service.

O simulador pré-utilização não deveria integrar a vigência inicial do normativo pela complexidade nele envolvida. Os valores definidos de forma fixa no contrato não deveriam integrar o simulador, havendo dispensa de disponibilizar o simulador nesse tipo de comercialização. Pela dificuldade de implementação tecnológica, as operadoras exclusivamente odontológicas deveriam estar dispensadas do simulador.

A norma deveria excetuar a obrigação de simulador pré-utilização quando relacionado a livre escolha.

Período sem mudança na tabela: levando em conta a existência de fator financeiro de regulação vinculado a percentual sobre o valor do procedimento negociado com o prestador e que rotineiramente há reajuste nos contratos celebrados com os prestadores, é inviável que a tabela não sofra alteração a todo tempo.

Sugestões

SINOG

Art. 4º As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar, em sua rede própria, credenciada ou referenciada, Mecanismos Financeiros de Regulação em percentual, na qual não é previamente conhecido pelo beneficiário o valor fixo, deverão disponibilizar as seguintes informações:

I – ~~Disponibilização de um Simulador Pré-Contratação:~~ disponibilizar ao interessado o valor referencial que deverá ser pago a título de participação, por procedimento, grupo de procedimento ou evento, podendo apresentar variação em relação ao valor efetivo, conforme critérios publicados e explicitados pela operadora;

II – ~~Simulação Pré-Utilização:~~ disponibilizar ao beneficiário, antes da utilização do serviço, o valor estimado que deverá ser pago a título de participação para todos os procedimentos, grupo de procedimentos ou eventos, contemplando os critérios que justificam os valores apresentados e a ressalva de que esses não refletem, necessariamente, o valor que efetivamente irá despender;

III – ~~Informação Pós-utilização:~~ extrato dos valores efetivamente devidos a título de Fator Financeiro de Regulação.

§1º Na Informação Pré-Contratação não precisa contemplar todos os procedimentos ofertados.

- §2º As operadoras exclusivamente odontológicas estão dispensadas do cumprimento do disposto nos incisos I e II deste artigo.

Sugestões

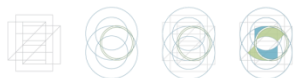
UNIODONTO

I - disponibilização de um Simulador Pré-Contratação – Simulador em que o interessado poderá ter noção prévia à contratação sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano, podendo apresentar uma variação de x% em relação ao custo real;

IBA

Comentário: O simulador não faz sentido para franquia.

Art. 4º As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar o Mecanismo de Regulação Financeira Coparticipação, serão obrigados a disponibilizar as seguintes informações:



Sugestões

IBA

Comentário: Os valores negociados com os prestadores de serviços diferem consideravelmente, considerando, além da qualidade do prestador de serviços, a especialidade clínica, a oferta do serviço em cada município e a região de lotação desse prestador. Esses fatores podem ocasionar tabelas negociadas com prestadores de serviços com diferenças significativas. Dessa forma, inserir um simulador pré-contratação, incluindo um percentual máximo de variação em relação ao custo real poderá trazer grandes prejuízos para a OPS e, conseqüentemente, para toda a massa de beneficiários, tendo em vista que a operadora não terá a recuperação de despesas estimadas atuarialmente (com a aplicação dos mecanismos de regulação), ocasionando, por conseqüência, a necessidade de um reajuste majorado no ano seguinte em função dessa limitação.

I – Pré-Contratação – Material informativo em que o interessado poderá ter noção prévia à contratação sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano, o qual deverá considerar o custo médio do procedimento para a operadora tomando por base as tabelas negociadas com seus diversos prestadores de serviço, podendo assim apresentar uma variação em relação ao custo real;

Sugestões

IBA

Comentário: O valor efetivo de coparticipação e o apresentado pelo simulador, poderão variar também em função do reajuste de tabela dos prestadores. Contudo essa variação poderá ser minimizada com a utilização da média, conforme proposto acima.

Os diferentes valores de remuneração praticados na rede podem acarretar em uma variação percentual diferente para cada tipo de procedimento ou operadora.

II – Pré-Utilização – Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor aproximado em que será responsável pelo pagamento, tomando por base o custo médio do procedimento para a operadora em acordo com as tabelas negociadas com seus diversos prestadores de serviço, podendo assim apresentar uma variação em relação ao que for efetivamente cobrado após o atendimento ao beneficiário;

Comentário: Melhoria da redação e para retirar a parte da tabela, pois já é a informação final.

III – Informação pós utilização refletindo o valor real a ser custeado pelo beneficiário.

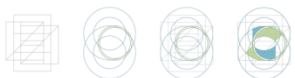
Sugestões

IBA

Comentário: Melhorar a redação.

IV - Informação no contrato – as operadoras devem informar ao beneficiário em seu contrato de forma clara os mecanismos de regulação financeiros adotados.

Parágrafo único: As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar o Mecanismo de Regulação Financeira Franquia, serão obrigados a disponibilizar as informações do inciso IV.



Sugestões

UNIMED RIO

Comentário: Variação de 30% (limite). Importante: Sugerimos que neste simulador sejam relacionados apenas os procedimentos ambulatoriais e mais frequentes. Entendemos que a necessidade de definição de uma regra para seleção desses procedimentos de modo que sejam os mesmos procedimentos para todas as operadoras.

I – Disponibilização de um Simulador Pré-Contratação – Simulador em que o interessado poderá ter noção prévia a contratação sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano, podendo apresentar uma variação de 30% em relação ao custo real;

III – Informação pós utilização refletindo o valor real (ou uma tabela)*

Sugerimos que o formato desse relatório de utilização seja agrupado. Nos moldes do relatório apresentado no PIN-SS.

- Necessidade de fixação de um período no qual essa tabela não poderá sofrer alteração nos seus valores

Comentário: É de suma importância que as informações pesquisadas sejam válidas apenas para o dia em que for realizada a pesquisa. O momento da simulação pode estar próximo de período de reajuste contratual com o Prestador.

Sugestões

FENASAÚDE

Comentário: Informação pré-utilização não necessariamente refletirá o valor real da participação que dependerá da efetiva utilização pelo beneficiário, podendo ensejar outros tipos de custos, inicialmente não previstos.

A inclusão de simuladores deve ser visto com muita cautela e requer amadurecimento da discussão, uma vez que o leque de informações a ser disponibilizado é muito variável.

Art. 4º As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar, em sua rede credenciada/referenciada qualquer dos Mecanismos Financeiros de Regulação previstos nesta norma deverão disponibilizar as seguintes informações:

I – Informação Pré-Contratação: disponibilizar ao interessado o valor referencial que deverá ser pago a título de participação, por procedimento, grupo de procedimento ou evento, podendo apresentar variação em relação ao valor efetivo, conforme critérios publicados e explicitados pela operadora;

II – Informação Pré-Utilização: disponibilizar ao beneficiário, antes da utilização do serviço, o valor estimado que deverá ser pago a título de participação para todos os procedimentos, grupo de procedimentos ou eventos e cujos critérios devem ser informados para justificar os valores apresentados;

III – Informação Pós-utilização: extrato dos valores efetivamente pagos pelos beneficiários; e

Sugestões

UNIDAS

Comentário: Entendemos que:

1. Deve a ANS, através de Anexo ou IN, estabelecer os critérios que deverão ser considerados na formação de preço que será adotada pelo Simulador;
2. O Simulador não deve ser aplicado para os casos da utilização de mecanismos de regulação em valores fixos;
3. A norma deve deixar expresso que o percentual de variação possível em relação ao custo real, não incide na ocorrência de fatores adversos, intercorrências e na utilização de órteses e próteses, nem mesmo nos atendimentos odontológicos, nas situações de livre escolha ou que não se amoldem ao padrão de despesas normalmente previstos para determinada utilização;
4. Não deve haver qualquer referência ao período em que a tabela não poderá sofrer variação de valores, tendo em vista a dinâmica das contratações, devendo ser verificado os valores cobrados pelos prestadores de serviços no momento da utilização;
5. Deve ser estabelecido um período mínimo de dois anos para a implantação do mencionado simulador, não devendo aludida obrigatoriedade ter aplicação imediata.

Sugestões

NOSSA SAÚDE

Comentário:

I – Simulador pré-contratação

- ✓ A RN deverá indicar quais os procedimentos mínimos que deverão estar disponíveis no simulador pré-contratação, assim as Operadoras poderão seguir o mesmo padrão e facilitar a pesquisa do interessado, que poderá simular os mesmos procedimentos em Operadoras diversas;
- ✓ Considerando a grande gama de prestadores de serviços, o ideal será que esse simulador pré-contratação esteja baseado na “Tabela de Valores Própria” negociada pela Operadora de Saúde, referenciados à TUSS, e não no valor pago ao prestador.

II – Simulador pré-utilização

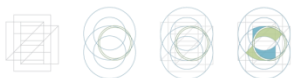
- ✓ Na definição do simulador pré-utilização deverá estar previsto que tal fase deve estar logada na área privada no Beneficiário, que deverá acessar com sua senha;
- ✓ A proximidade da exatidão da pesquisa somente é viável se for realizada pelo conjunto de códigos TUSS que representam o sinistro de forma global (ex.: taxas, materiais, medicamentos, honorários, hemoderivados, custo operacional, etc).

Sugestões

NOSSA SAÚDE

III – Simulador pós-utilização

- ✓ Conceitualmente utilizar o termo “simulador” para a pós utilização é inadequado, tendo em vista uma vez que foi utilizado, não há o que se simular, mas tão somente o recebimento de um extrato, que poderá ser acessado pelo Beneficiário no site, ou no boleto da mensalidade, devendo conter: o valor da coparticipação (ou franquia) que será baseado na Tabela de Valores Própria negociada pela Operadora de Saúde, referenciados à TUSS, ou com base no valor pago ao prestador, de acordo com o que estiver previsto em contrato.
- ✓ A alteração dos valores da tabela deverá ser anual, num mês fixo, independentemente do aniversário contratual dos Beneficiários. Ex.: todo mês de janeiro a tabela própria terá reajuste.
- ✓ Sugerimos uma variação de 15% de margem de erro para mais ou para menos entre a simulação e o valor final pago



Sugestões

UNIMED BRASIL

I – Disponibilização de um Simulador Pré-Contratação – Simulador em que o interessado poderá ter noção prévia a contratação sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano, podendo apresentar uma variação de 60% em relação ao custo real;

Comentário: O percentual de 60% é a variação admitida para comercialização de produtos segundo a própria ANS na Nota Técnica Atuarial – NTRP (30% - Coluna T + 30%), segundo RDC nº 28/00 e alterações posteriores.

II – Simulação Pré-Utilização – Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor aproximado em que será responsável pelo pagamento, podendo apresentar uma variabilidade de 30% (menor que a pré contratação)

Comentário: Ainda com base na legislação da própria agência (RDC nº 28/00), o percentual de 30% conseguiria contemplar diferentes negociações entre operadoras e prestadores, seja em razão da qualificação do serviço, da importância do prestador, dentre outras.

Sugestões

UNIMED BRASIL

III – Informação pós utilização refletindo o valor real (ou uma tabela)

Comentário: Para que seja assegurada maior transparência ao beneficiário, sugere-se que seja permitida a utilização de uma tabela de referência, composta pelo valor médio por procedimento pago pela operadora a sua rede prestadora, dentro de um intervalo financeiro previamente determinado. A RN nº 389/15 obrigou às operadoras a criarem, em seu portal corporativo, uma área de acesso exclusivo do beneficiário de plano de saúde, o PIN-SS. Assim, após a utilização o beneficiário poderá consultar os valores que pagos a título de coparticipação e ou tabela de referência, nos casos de percentual.

No componente de utilização de serviços o beneficiário também poderá consultar o valor do CH variável fixado previamente para determinado período, que servirá como base para a incidência de coparticipação para consultas/honorários médicos. A legislação setorial deve considerar as cooperativas médicas que adotam o valor de remuneração mutável e definido conforme o resultado/sinistralidade da operação em determinado período, que será suportado pelos próprios médicos cooperados, em adstrita consonância com o que preconiza a Lei 5764/71.

Sugestões

UNIMED BH

Comentário: A elaboração da norma deverá levar em consideração, também, as comercializações realizadas através de administradoras de benefícios, quando estas atuam como estipulantes de planos coletivos.

Obs.: Sugere-se que não haja obrigatoriedade de adoção do simulador pré-contratação e pré-utilização, especialmente para as Operadoras de Pequeno Porte. Há custo na implantação da tecnologia, o que poderá onerar a operação das mesmas. Entende-se que a transparência no ato de comercialização está atrelada à abordagem do vendedor/corretor, que mesmo sem o simulador poderá dar exemplos ilustrativos referente a coparticipação para o propenso contratante. Caso seja mantida a exigência, sugere-se a redação ao lado.

I – Disponibilização de um Simulador Pré-Contratação – Simulador em que o interessado poderá ter noção prévia à contratação sobre o valor aproximado a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano, ~~podendo apresentar uma variação de x% em relação ao custo real;~~

II – Simulação Pré-Utilização – Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor aproximado em que será responsável pelo pagamento, ~~podendo apresentar uma variabilidade de X% (menor que a pré-contratação)~~

Sugestões

UNIMED BH

Comentário: A transparência pós utilização estará configurada com o envio do valor exato cobrado do beneficiário a título de coparticipação.

III – Informação pós utilização refletindo o valor real cobrado do beneficiário.

- Necessidade de fixação de um período no qual essa tabela não poderá sofrer alteração nos seus valores

Comentário: A tabela de referência poderá ser alterada semestralmente, conforme previsão contratual.

As operadoras negociam com os prestadores todos os meses. Como a Tabela de Referência reflete o valor médio pago a rede prestadora, necessário que a revisão ocorra em uma periodicidade maior do que 12 meses, sob pena de a referência não mais refletir os valores praticados pela Operadora, o que poderia desvirtuar o modelo adotado.

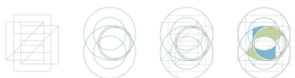
Sugestões

ANAB

III – Informação pós utilização ao consumidor refletindo o valor real .

- Necessidade de fixação de um período no qual essa tabela não poderá sofrer alteração nos seus valores

V – Informação do valor real pós utilização às Administradoras de Benefícios quando estas figurarem como estipulantes nos contratos coletivos em, no máximo, 30 (trinta) dias após a realização do procedimento para que estas possam incluí-lo no boleto da mensalidade do mês subsequente.



Sugestões

ABRAMED

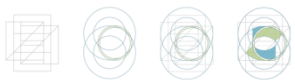
Comentário: A despeito da clara intenção positiva desta D. Autarquia no sentido de subsidiar os beneficiários com informações que poderão empoderá-lo em sua escolha, ABRAMED não pode deixar de mencionar que a medida trará impactos relevantes e, talvez, irreversíveis ao setor de saúde suplementar, dentre os quais destaca-se:

- a) O agravamento da corrida por redução dos valores praticados pelos prestadores de serviços de saúde, a qual não necessariamente estará atrelada à manutenção da qualidade dos serviços ofertados;
- b) O agravamento do enfraquecimento dos pequenos prestadores de serviços de saúde, pois estes não têm a mesma força de negociação com os fornecedores e terão sérias dificuldades em garantir um custo inferior ao dos grandes players do mercado;
- c) A orientação ao beneficiário da busca exclusiva pelo menor preço, sem considerar a qualificação dos prestadores de serviços, os índices assistenciais de qualidade, certificação etc.

É necessário, portanto, solicitar a vinculação de atributo de qualidade de prestadores no resultado final da simulação proposta, reduzindo assimetria de informações e proporcionando a escolha apropriada do serviço a ser utilizado

Art. 5º

Art. 5º A simulação Pré-Contratação não precisa contemplar todos os procedimentos ofertados



Sugestões

SINOG

Sugestão de transferir a redação para parágrafo do artigo antecedente.

IBA

Comentário: Melhorar a redação

Art. 5º A informação Pré-Contratação não precisa contemplar todos os procedimentos ofertados pela operadora, desde que possua alguns dos procedimentos mais frequentemente realizados pelos beneficiários em produtos com coparticipação.

FENASAÚDE

Comentário: Adequação à redação do artigo 4º

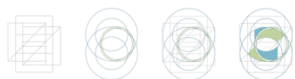
Parágrafo único. A informação Pré-Contratação não precisa contemplar todos os procedimentos ofertados

Sugestões

UNIMED RIO

Comentário: Torna-se necessário definir quais procedimentos serão contemplados.

Sugerimos que neste simulador sejam relacionados apenas os procedimentos ambulatoriais e mais frequentes. Entendemos que a necessidade de definição de uma regra para seleção desses procedimentos de modo que sejam os mesmos procedimentos para todas as operadoras.



Sugestões

ABRAMGE

Comentário: Antes de adentrar na proposta, foram elencadas adiante dificuldades já identificadas em torno do tema “simulador”:

- A pesquisa pelo nome do procedimento será difícil por conta da falta de padronização da nomenclatura e, mesmo que houvesse, o beneficiário dificilmente conheceria os nomes;
- Para a pesquisa ser feita por código TUSS, o que reduziria a probabilidade de erros, o beneficiário teria que saber qual código pesquisar. Vale destacar que, mesmo se ele estiver de posse da guia do pedido, é provável que o médico não tenha relacionado o código TUSS na guia, o que também dificulta a consulta.
- Os valores poderão sofrer alteração por reajuste, o que pode ampliar a diferença entre o valor indicado no “simulador” e o valor cobrado – por exemplo, se momento depois da consulta ao “simulador” os valores dos serviços forem reajustados.
- O valor que seria informado ao beneficiário deve se referir ao custo do procedimento, podendo haver variações importantes decorrente do uso ou não, por exemplo, de contraste, de materiais especiais e até mesmo, da realização de procedimentos agregados (cuja necessidade é identificada no momento da realização do procedimento base);
- O valor pode variar também conforme prestador;

Sugestões

ABRAMGE

Comentário:

Diante das dificuldades expostas, sugere-se que:

a) o normativo não discipline um “simulador” e sim determine que a informação sobre o valor a ser pago a título de coparticipação seja informado previamente ao beneficiário. Dessa forma, atinge-se o objetivo final que seria a transparência sobre os custos.

b) em relação ao canal de acesso a informação, adote-se o disposto nos incisos I, II e III do Art. 4º da RN N°412, que regulamenta o pedido de cancelamento de plano individual. Diferente da RN N°412, neste caso, a operadora disponibilizaria a informação por pelos menos um dos seguintes meios: atendimento presencial, telefônico ou pela internet (área do beneficiário).

c) em relação a precisão da informação, deve haver a possibilidade de divergência entre o valor real a ser pago e o informado, em decorrência de: procedimentos agregados, reajuste do prestador, prestador utilizado e utilização de materiais especiais (exemplos: colonoscopia, mucosectomia, facectomia – lentes intraoculares, CPRE – endoscopia em que há utilização de material especial, gastrostomia, exames de imagem com ou sem utilização de contraste).

Tendo em vista o exposto, já considerando a renumeração dos dispositivos conforme mencionado acima, sugere-se a adaptação do texto disposto nos Art. 4º e 5º para:

Sugestões

ABRAMGE

Art. 3º A operadora que comercializa planos de saúde com coparticipação e franquia deverá disponibilizar as seguintes informações:

I – No momento da pré contratação, deverá ser informada a forma como será cobrada a coparticipação e franquia, assim como definido nos incisos I e II do Art. 2º, e os valores a serem pagos para cada um dos produtos ofertados;

II – No momento pré utilização do produto ou serviço coberto, a operadora deverá informar ao beneficiário solicitante o valor a ser pago a título de coparticipação e franquia;

III – Após a ciência sobre a realização do procedimento coberto, a operadora deverá disponibilizar extrato na forma como prevista nos artigos 8º e 9º da presente Resolução Normativa.

Sugestões

ABRAMGE

Art. 4º As informações descritas no Art. 3º deverão ser disponibilizadas por pelo menos uma das seguintes formas:

I – presencialmente, na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;

II – por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela operadora; ou

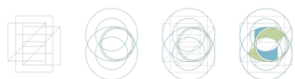
III – por meio da página da operadora na internet.

Art. 5º Para atender ao inciso I do artigo 3º, a operadora deverá disponibilizar informação sobre os valores a serem pagos a título de coparticipação e franquia para os 10 procedimentos mais frequentes.

Art. 6º Poderá haver divergência entre os valores informados, conforme disposto no inciso I e II do Art. 3º, e aqueles efetivamente cobrados pela operadora em decorrência de: procedimentos agregados, reajuste do prestador, prestador utilizado e utilização de materiais especiais.

Art. 6º

Art. 6º Todo Mecanismo de Regulação Financeira adotado deve estar descrito no contrato quanto a sua ocorrência e regras para incidência.



Sugestões

SINOG e FENASAÚDE

Comentário SINOG: Exemplificar algumas regras a serem previstas no contrato.

Comentário FENASAÚDE: Exemplificar algumas regras que poderiam estar vinculadas aos Mecanismos Financeiros de Regulação e incluir previsão de hierarquização de rede e progressividade na norma.

Art. 6º Todo Mecanismo Financeiro de Regulação adotado deve estar descrito no contrato quanto à sua ocorrência e regras para incidência, tais como hierarquização de rede, progressividade da participação, quando for o caso.

ABRAMGE

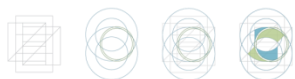
Comentário: Sugere-se apenas a adaptação do Art. 6º, conforme as alterações anteriormente propostas. Tendo em vista o exposto, já considerando a renumeração dos dispositivos conforme mencionado acima, sugere-se a adaptação do texto disposto no Art. 6º para:

Art. 7º Todas as regras e valores que disciplinam a coparticipação e franquia deverão estar descritas no contrato.

Art. 7º

Art. 7º Antes da utilização do plano, através da Simulação Pré-Utilização, o beneficiário deve poder visualizar o valor que terá que desembolsar ao realizar determinado procedimento, sendo aceitável uma diferença de X% para mais ou para menos.

Parágrafo Único - Na Simulação Pré Utilização deverá ser possível diferenciar o custo do Mecanismo aplicado conforme o prestador buscado.



Comentários

SINOG

Comentário: Não é possível definir previamente a diferença em x%, para mais ou para menos, pelos motivos informados nos comentários do art. 4º.

Art. 7º Antes da utilização do plano, o beneficiário deve ter acesso à informação do valor estimado que deverá desembolsar ao realizar o procedimento, inclusive com os critérios utilizados para o cálculo estimado pela operadora, cabendo solicitar a informação dentro dos prazos e regras contempladas na RN nº 395, de 2016.

Parágrafo Único – Para obter a Informação Pré-Utilização, o beneficiário deverá apresentar, no mínimo, o nome do prestador contratado, credenciado ou referenciado, e o código TUSS do procedimento.

IBA

Comentário: Exclusão. Já tratado no art. 4º as alterações sugeridas que fazem com que este artigo 7º deixe de existir. É bastante complexa a definição de uma variação única para todas as operadoras do Brasil em razão da variabilidade de preços por prestador e frente a diversas dificuldades em definir o valor do procedimento quando este pode mudar no momento da realização do procedimento.

Comentários

FENASAÚDE

Comentário: Adequar ao proposto no item 5.

Art. 7º Antes da utilização do plano, o beneficiário deve ter acesso à informação do valor estimado que deverá desembolsar ao realizar determinado procedimento, inclusive com os critérios utilizados para o cálculo estimado pela operadora.

Parágrafo Único – A Informação Pré-Utilização deverá diferenciar o valor aplicado conforme o prestador buscado, se for o caso.

UNIDAS

Comentário: Entendemos que se faz mister deixar evidenciado que o percentual de diferença não será levado em consideração nas situações de eventos adversos, intercorrências, órteses e próteses, atendimentos odontológicos ou àqueles decorrentes de livre escolha do consumidor, bem como nas situações que não se amoldem ao padrão de despesas normalmente previstos para determinada utilização

ABRAMGE

Comentário: Tendo em vista as ressalvas apresentadas para os Arts. 4º e 5º e o novo Art. 6º proposto, sugere-se a exclusão deste Art. 7º.

Comentários

UNIMED RIO

Comentário: Exclusão do artigo. Justificativa: Está sendo repetitivo. Essa informação já foi dita nos artigos anteriores.

UNIMED BRASIL

Comentário: O percentual de 60% (30% para mais ou para menos) é a variação admitida para comercialização de produtos segundo a própria ANS na Nota Técnica Atuarial – NTRP (30% - Coluna T + 30%), segundo RDC nº 28/00 e alterações posteriores.

Art. 7º Antes da utilização do plano, através da Simulação Pré-Utilização, o beneficiário deve poder visualizar o valor que terá que desembolsar ao realizar determinado procedimento, sendo aceitável uma diferença de **30%** para mais ou para menos.

Comentário: No caso de tabela de referência, pouco importará o custo pago ao prestador. O beneficiário saberá quanto vai pagar antes, durante e depois da utilização.

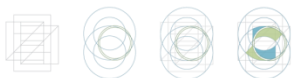
Parágrafo Único - Na Simulação Pré Utilização deverá ser possível diferenciar o custo do Mecanismo aplicado conforme o prestador buscado, caso não tenha sido adotada a tabela de referência prevista no artigo 3º, I, alínea “b”.

Comentários

UNIMED BH

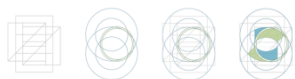
Comentário: Excluir. Obrigação já prevista no inciso II do art. 4º.

Esta disposição não é condizente com o modelo de cobrança que adotará tabela de referência para cobrança da coparticipação. Ademais, disposição semelhante foi proposta para a RN nº 389, tendo a mesma sido retirada da norma por poder expor informações sigilosas de negociações entre a Operadora e seus prestadores.



Art. 8º

Art 8º Quando da apresentação da fatura ao beneficiário, este deve visualizar o valor real pago pela operadora ao prestador.



Sugestões

SINOG

Comentário: Exclusão.

O pagamento ao prestador pode não ter relação com o valor a ser pago pelo beneficiário, conforme o tipo de regramento definido (ex: uso de tabela própria para coparticipação). Além disso, o disposto no art. 4º, III, provavelmente já garante a transparência desejada pelo órgão regulador, além de ser um formato mais adequado em que o detalhamento somente é conhecido pelo beneficiário, quando a fatura é documento de acesso ao contratante.

Quando os valores cobrados dos beneficiários são descontados em folha salarial ou por outro meio em que não há acesso direto ao beneficiário, essa regra é inviável, pelo que a norma deveria informar do beneficiário ter direito de acesso a essa informação e não que ele integre a fatura, inclusive pelo sigilo das informações que podem ali estar contidas.

UNIMED RIO

Comentário: Sugerimos que o formato desse relatório de utilização seja agrupado por procedimento. Nos moldes do relatório apresentado no PIN-SS.

Sugestões

UNIODONTO

Comentário: Só aplicável quando houver relação entre custo efetivo e coparticipação (... *na hipótese de a coparticipação ser aferida conforme disposto na letra a do inciso I do art. 3º desta resolução*). A informação na “fatura” gerará custos às operadoras, o que poderia ser dispensado, uma vez que há previsão de disponibilidade da informação no PIN-SS (art. 9º).

Art. 8º Quando da apresentação da fatura ao beneficiário, este deve visualizar o valor real pago pela operadora ao prestador, na hipótese de a coparticipação ser aferida conforme disposto na letra a do inciso I do art. 3º desta resolução.

IBA

Comentário: Alteração. O formato de apresentação dos valores pagos pela operadora aos prestadores já foi tratado e definido em reuniões com a ANS sobre o extrato de utilização do beneficiário da RN nº 389. Nesse extrato as operadoras informam o custo real aos beneficiários, porém por grupo de procedimentos e semestralmente. Não é recomendável disponibilizar a mesma informações em diversos formatos, pois pode confundir o beneficiário e desestimular a consulta ao extrato de utilização, além de gerar custos para a geração que informações que já são disponibilizadas aos beneficiários.

Sugestões

IBA

Art 8º Quando da apresentação da fatura ao beneficiário, o valor real pago pela operadora ao prestador, deve estar disponível no formato do Extrato de Utilização do Beneficiário definido pela RN nº 389.

FENASAÚDE

Comentário: Exclusão. As informações já são de divulgação obrigatória conforme disposto no art. 4º, inciso III, da presente minuta.

UNIDAS

Comentário: Considerando que, principalmente nos contratos coletivos empresariais eventual participação dos empregados no custeio do plano é descontada em folha salarial ou por outro meio estabelecido pela empresa, inexistente a situação de apresentação da fatura. Ademais, entendemos que é totalmente dispensável mencionado artigo, pois o art. 8º. da Resolução Normativa – RN n. 389, de 26 de novembro de 2015, já deixa expresso que tal informação deve constar do Componente de Utilização dos Serviços do PIN-SS.

Eventualmente poderia a norma estabelecer que a operadora deveria entregar eventual extrato para o beneficiário, mediante solicitação expressa, no prazo de 30 (trinta) dias, com o demonstrativo das coberturas realizadas e os respectivos valores de mecanismo de regulação

Sugestões

NOSSA SAÚDE

Art 8º Quando da apresentação da fatura ao beneficiário, este deve visualizar o valor real pago pela operadora ao prestador, exceto se o contrato estabelecer que a coparticipação será baseada na “Tabela de Valores Própria”, e conseqüentemente a simulação tenha sido realizada nos moldes da referida tabela.

UNIMED BRASIL

Comentário: No caso de tabela de referência, pouco importará o custo pago ao prestador. O beneficiário saberá quanto vai pagar antes, durante e depois da utilização.

Art 8º Quando da apresentação da fatura ao beneficiário, este deve visualizar o valor real pago pela operadora ao prestador, caso não tenha sido adotada a tabela de referência prevista no artigo 3º, I, alínea “b”.

UNIMED BH

Comentário: Excluir. Esta disposição não é condizente com o modelo de cobrança que adotará tabela de referência para cobrança da coparticipação. Ademais, disposição semelhante foi proposta para a RN nº 389, tendo a mesma sido retirada da norma por poder expor informações sigilosas de negociações entre a Operadora e seus prestadores.

Sugestões

ABRAMGE

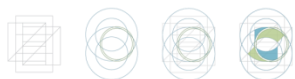
Comentário: Especialmente em razão da impossibilidade de cobrança direta por parte da operadora aos beneficiários prevista na Resolução Normativa RN 195/2009, e a necessidade das empresas contratantes e administradoras de benefícios de possuírem os valores individualizados para efetuarem a cobrança e/ou desconto das coparticipações dos beneficiários, assim como, a necessidade de resguardar o sigilo das informações, sugere-se que seja facultado às operadoras encaminharem o extrato contendo apenas os valores agrupados por titular. O detalhamento dos procedimentos e o valor real pago pela operadora ao prestador deverão ser visualizados pelo beneficiário através do PIN-SS.

Tendo em vista o exposto, já considerando a renumeração dos dispositivos conforme mencionado acima, sugere-se a adaptação do texto disposto no Art. 8º para:

Art. 8º Quando da apresentação do boleto de pagamento e/ou fatura é facultado à operadora disponibilizar ao beneficiário e/ou contratante do plano coletivo e/ou administradora de benefícios um relatório contendo os valores de coparticipação e franquia agrupados por categoria de despesas e por beneficiário titular.

Art. 9º

Art. 9º O custo efetivo dos procedimentos realizados deverá ser informado em área específica do site, que integrará o PIN-SS, componente de utilização dos Serviços.



Sugestões

SINOG

Comentário: Exclusão. Não foi possível compreender se há intenção de modificar o componente de utilização dos serviços do PIN-SS.

UNIODONTO

Comentário: Somente é aplicável na hipótese da letra **a** do inciso I do art. 3º desta resolução.

Art. 8/9º Na hipótese de a coparticipação ser aferida nos termos da letra **a** do inciso I do art. 3º desta resolução, o valor real pago pela operadora ao prestador deverá constar do Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), componente de utilização dos Serviços, conforme Resolução Normativa - RN nº 389.

IBA e UNIDAS

Comentário: Exclusão. Informação já tratada na RN 389.

FENASAÚDE

Comentário: Exclusão. As informações já estão previstas no Componente de Utilização dos Serviços do PIN-SS e no Padrão TISS (FenaSaúde: Pedimos avaliação da justificativa pelas associadas).

Sugestões

UNIMED RIO

Comentário: Sugerimos que o formato desse relatório de utilização seja agrupado por procedimento. Nos moldes do relatório apresentado no PIN-SS.

UNIMED BRASIL

Comentário: Já existe regra vigente e eficaz, que não atenta contra as regras concorrenciais, vez que o agrupamento por categoria de despesas impede a identificação direta da tabela negociada com o prestador.

Art. 9º O custo efetivo dos procedimentos realizados deverá ser informado em área específica do site, que integrará o PIN-SS, componente de utilização dos Serviços, agrupado por categoria de despesas de acordo com o que determina a RN 389/15.

ABRAMGE

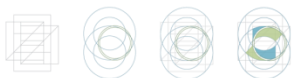
Comentário: Considerando o disposto no item anterior, e o acesso à informação do beneficiário, sugere-se a adaptação do texto disposto no Art. 9º para:

Art. 9º O valor real pago pela operadora ao prestador deverá ser informado em área específica do site, que integrará o PIN-SS, componente de utilização dos serviços, conforme o disposto na Resolução Normativa RN 389, de 2015.

Sugestões

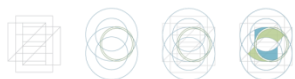
UNIMED BH

Comentário: Excluir. Esta disposição não é condizente com o modelo de cobrança que adotará tabela de referência para cobrança da coparticipação. Ademais, disposição semelhante foi proposta para a RN nº 389, tendo a mesma sido retirada da norma por poder expor informações sigilosas de negociações entre a Operadora e seus prestadores.



Art. 10

Art. 10 O beneficiário deve assinar comprovando a ciência da incidência do Mecanismo de Regulação Financeira, bem como da tabela ou simulação apresentada no momento da venda.



Sugestões

SINOG

Comentário: Exclusão.

Os documentos contemplados na IN-Dipro nº 20, de 2009, referente a regulamentação da RN nº 195, de 2009, quanto ao MPS e GLC já dispõe de informações necessárias para a compreensão do beneficiário sobre o produto contratado, inclusive quanto às regras referentes aos mecanismos financeiros de regulação.

Além disso, como há situações em que a pessoa jurídica empregadora é totalmente responsável pelo custeio do plano (de forma que o beneficiário apenas coparticipa como fator moderador de utilização), pode não haver proposta de adesão individualizada, sendo a inclusão realizada via movimentação cadastral do empregador, o que deve ser ponderado. Principalmente quando há mudança de operadora em contratos coletivos empresariais com elevado número de beneficiários, essa exigência pode inviabilizar o processo já que toda a relação é feita via migração pela pessoa jurídica empregadora.

Sugestões

UNIODONTO

Art. 10. O beneficiário deve assinar termo específico de ciência da incidência do Mecanismo de Regulação Financeira, com a definição de sua espécie, nos termos do art. 3º desta resolução.

IBA

Comentário: Excluir. As regras e valores estarão definidos no contrato e nas demais formas previstas no Art. 4º. A obrigatoriedade de mais esta assinatura gerará custo desnecessário e poderá alongar o processo reduzindo o estímulo e facilidades da venda on line.

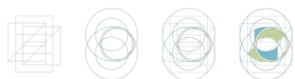
FENASAÚDE

Comentário: Exclusão. O Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde (MPS) e o Guia de leitura Contratual (GLC), previstos na IN 20/DIPRO/2009, já dispõem de informações necessárias para informar e facilitar a compreensão do beneficiário sobre mecanismos financeiros de regulação, no momento da contratação. ?

Sugestões

UNIDAS

Comentário: Entendemos que a ciência do mecanismo de regulação não precisa ser efetuada através da assinatura do beneficiário, devendo ser possível a utilização de meios eletrônicos, tais como e-mail, assinatura eletrônica, gravação de contato telefônico, etc.. Ademais, poderá também ter situações onde a aceitação será efetuada pela pessoa jurídica contratante, nos casos de contratos coletivos empresariais ou por adesão. Deveria a norma, apenas, mencionar que caberá a operadora a demonstração da ciência do beneficiário ou da pessoa jurídica contratante através dos meios de provas legalmente aceitos.



Sugestões

ABRAMGE

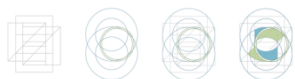
Comentário: Sugere-se que, no momento da contratação do plano ou da adesão ao plano coletivo por adesão, o consumidor tenha conhecimento de que está contratando ou aderindo a produto com coparticipação ou franquias, ressalvados os planos coletivos empresariais que normalmente são custeados integralmente pelas pessoas jurídicas empregadoras e podem não possuírem propostas de adesão individualizadas, sendo a inclusão realizada via movimentação cadastral, por vezes, eletrônica. Além disso, não podemos esquecer da possibilidade de contratação eletrônica do plano de saúde contemplada em normativo específico. Tendo em vista o exposto, sugere-se a adaptação do texto disposto no Art. 10 para:

Art. 10 Quando da contratação do plano individual e/ou familiar, ou da adesão ao plano coletivo por adesão, a operadora e/ou administradora de benefícios deverá dar ciência ao contratante e/ou beneficiário titular, por qualquer forma, de que está contratando ou aderindo ao produto com coparticipação e/ou franquias.

Parágrafo Único: Na contratação dos planos coletivos empresariais a ciência a que se refere o caput deverá ser concedida pela empresa contratante.

Art. 11

Art. 11 Dependendo da modalidade escolhida, a coparticipação poderá incidir no procedimento ou na contraprestação pecuniária do beneficiário.



Sugestões

IBA

Comentário: Exclusão. Entendemos como impraticável e divergente dos conceitos tratados. Não há tipo de coparticipação definida no art. 3º a incidir sobre a contraprestação, mas somente sobre procedimento. O que pode existir é limite de valor a ser cobrado mensalmente até um teto sobre a contraprestação, conforme artigo 8º

FENASAÚDE

Comentário: Adequação da numeração do dispositivo.

Art. 9º Dependendo da modalidade escolhida, a coparticipação poderá incidir no procedimento ou na contraprestação pecuniária do beneficiário. :

UNIMED RIO

Comentário: Exclusão. Justificativa: Não concordamos com a cobrança de coparticipação baseada na contraprestação pecuniária.

Sugestões

NOSSA SAÚDE

Comentário:

- ✓ Na hipóteses da Operadora oferecer a coparticipação calculada na contraprestação pecuniária, a RN deverá estabelecer qual o limite percentual que poderá ser acrescido no valor da mensalidade, contudo, sugerimos que seja de 100%, tendo em vista que existem mensalidades muito baixas que inviabilizariam o recebimento da coparticipação;
- ✓ No caso de plano familiar: A RN deve prever que o limite percentual será estabelecido no valor total da contraprestação mensal, independentemente do valor individual de cada beneficiário que estiver no mesmo contrato.

UNIMED BRASIL

Comentário: Exclusão. Inconsistência, o dispositivo contraria o conceito de coparticipação previsto no Artigo 3º da normativa.

ABRAMGE

Comentário: Exclusão do referido artigo, uma vez que, o modelo de coparticipação defendido por esta Entidade e suas associadas deve guardar relação com a realização do procedimento. Além do mais, as modalidades de coparticipação já se encontram previstas no artigo 2º da minuta ora apresentada.

Sugestões

UNIMED BH

Comentário: Alterar/esclarecer. A proposta de redação apresentada para este artigo não está clara, especialmente no que tange à possibilidade de a coparticipação incidir sobre a contraprestação pecuniária do beneficiário. Solicita-se maiores esclarecimentos acerca desta proposta.

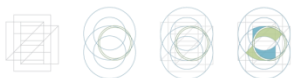
ANAB

Comentário: Nos contratos coletivos empresariais ou por adesão onde as Administradoras de benefícios são responsáveis pela emissão de boletos, bem como pelo risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica, com a respectiva vinculação de ativos garantidores junto à ANS, é imprescindível que as operadoras informem as Administradoras de Benefícios sobre os valores relativos à coparticipação. É preciso que seja esclarecido pela operadora ao consumidor que a cobrança relativa à coparticipação será efetuada no boleto da contraprestação mensal para que o respectivo acréscimo de valor não seja confundido com reajuste indevido ou gere qualquer incerteza capaz de induzir o consumidor a tornar-se inadimplente.

Sugestões

ANAHP

Comentário: É necessário, portanto, estabelecer um teto por evento, período de tempo, ou internação ao valor da coparticipação do beneficiário. Este teto não precisa, necessariamente, ser um valor fixo, mas pode ser, por exemplo, um múltiplo do prêmio mensal a ser pago. Os eventos catastróficos, que excedessem o teto, seriam, desta maneira, cobertos pela operadora.

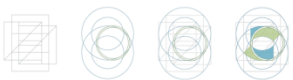


Art. 12

Art. 12 É vedada a operadora a aplicação de coparticipação que implique no custeio integral do procedimento, estando limitado a X% do valor real do procedimento.

§1º - É permitido às operadoras a adoção de Coparticipação de 100% de forma alternativa a imputação de CPT ou Agravo.

§2º Na hipótese da aplicação do mecanismo de regulação com valores crescentes a operadora deverá respeitar o limite previsto no caput .



Sugestões

SINOG

Comentário: Caso a coparticipação incida sobre a contraprestação pecuniária do beneficiário, poderá ocorrer de superar o custo do procedimento.

A depender da atualização da coparticipação em valor fixo ao longo dos anos de vigência contratual e do reajuste aplicado em determinado prestador (pelos critérios de qualidade), pode ocorrer de extrapolar o percentual do valor real do procedimento, motivo pelo qual sugere que esse percentual não seja normatizado.

Como já proposto, a vedação sobre a coparticipação não corresponder ao valor integral do procedimento deveria não se aplicar para as coberturas não previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, bem como nas coberturas odontológicas.

Levando em conta a proposta de §§ apresentada no art. 3º sobre a matéria, sugere supressão desse artigo.

UNIODONTO

Comentário: Somente é aplicável na hipótese da letra **a** do inciso I do art. 3º desta resolução. Isso deve constar do dispositivo.

Art. 12. Na hipótese de a coparticipação ser aferida nos termos da letra **a** do inciso I do art. 3º desta resolução, é vedada...

Sugestões

IBA

Comentário: Excluir em função das sugestões dadas no art.3º. Entretanto, se realmente for definido um limite para qualquer tipo de coparticipação, a sugestão seria a de se limitar a 50%.

FENASAÚDE

Comentário: O limite deve ser estabelecido pelo contrato, permitindo uma maior liberdade de desenhos contratuais e induzindo um maior bem-estar econômico.

Art. 12 É vedada à operadora a aplicação de coparticipação que implique no custeio integral do procedimento, estando limitado ao percentual previsto no contrato;

Comentário: Adequação da redação

§1º - É permitido às operadoras a adoção de Coparticipação de 100% de forma alternativa a imputação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

Comentário: O limite deve ser estabelecido pelo contrato, permitindo uma maior liberdade de desenhos contratuais e induzindo um maior bem-estar econômico

§2º Na hipótese da aplicação do mecanismo Financeiro de regulação com valores crescentes a operadora deverá respeitar o limite previsto no contrato.

Sugestões

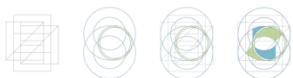
UNIDAS

Comentário: Entendemos que deve o contrato/regulamento estabelecer o limite da coparticipação, não devendo a norma fixá-lo, a fim de garantir a autonomia da vontade. Com referência ao parágrafo 1º., entendemos que ele também poderá ser aplicado às coberturas não previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecido pela ANS ou que não se aplicarem a segmentação contratada.

UNIMED RIO

Comentário: Sugerimos coparticipação limitada a 75% do valor real do procedimento com base na análise sobre os dados apresentados pela FENASAÚDE (RAND - *Rand Health Insurance Experiment and Beyond*).

Art. 12 É vedada a operadora a aplicação de coparticipação que implique no custeio integral do procedimento, estando limitado a 75% do valor real do procedimento;

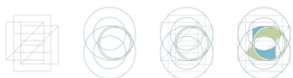


Sugestões

NOSSA SAÚDE

Comentário:

- ✓ Consideramos que o limite do percentual deverá corresponder ao máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor do procedimento, ficando livre a operadora para ofertar produtos com percentuais menores
- ✓ E com relação ao parágrafo 1º, entendemos ser inviável a cobrança de 100%, na opção de Agravo quando se tratar de internação ou cirurgia, pois na prática, em razão dos altos valores envolvidos, esse prejuízo ficaria exclusivamente à cargo da Operadora, de modo que a hipótese factível será a cobrança somente nos Procedimentos de Alto Custos (PACs)



Sugestões

UNIMED BRASIL

Comentário: Conforme já exposto no preâmbulo, a Unimed do Brasil defende a menor interferência da regulação na definição de valores, percentuais e tetos, cabendo ao contratante (PF ou PJ) definir o que deve e pode comprar, e como deve fazê-lo. Se este órgão regulador insiste, contudo, na necessidade de um percentual máximo, que seja de 80%, que segundo estudos permitiria a modulação de um plano de saúde com mensalidade menor e que possa atingir as classes menos favorecidas. Deverá haver a possibilidade de se vincular mais de uma nota técnica atuarial ao produto (NTRP e NTAP), para que a operadora possa oferecer mais alternativas de coparticipação e o contratante tenha mais possibilidades de escolha, conforme seu orçamento.

Art. 12 É vedada a operadora a aplicação de coparticipação que implique no custeio integral do procedimento, estando limitado a 80% do valor real do procedimento, com exceção do disposto no artigo 3º, II, alínea “d”.

Sugestões

UNIMED BH

Comentário: A norma não deverá prever índice máximo de coparticipação. Este índice deverá ficar a cargo da Operadora estando devidamente previsto em contrato. Os valores percentuais de coparticipação poderão representar diferenciais nos produtos colocados à disposição dos contratantes. Ademais, são os índices estabelecidos no contrato que poderão afastar o risco moral da utilização indevida pelos beneficiários.

Necessidade de se destacar que a cobrança da coparticipação no importe de 100% não afasta a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carências previstos no contrato.

Art. 12 É vedada a operadora a aplicação de coparticipação que implique no custeio integral do procedimento. ~~estando limitado a X% do valor real do procedimento;~~

§1º - É permitido às operadoras a adoção de Coparticipação de 100% para garantir ao beneficiário o custeio integral do procedimento de forma alternativa a imputação de CPT ou Agravo, respeitando os prazos de carências contidos na legislação.

~~§2º Na hipótese da aplicação do mecanismo de regulação com valores crescentes a operadora deverá respeitar o limite previsto no caput.~~

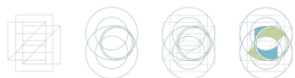
Comentário: Exclusão, tendo em vista a alteração sugerida para o caput.

Sugestões

ABRAMGE

Comentário: Em razão da sugestão de exclusão do Art. 11, o presente Artigo deverá ser renumerado. Reitera-se os posicionamentos anteriores já manifestados por esta Entidade de que não deve haver limites para a cobrança de coparticipação, mas, caso esse entendimento não prevaleça sugere-se o limite de 50%.

Outrossim, sugere-se excluir o parágrafo primeiro do referido artigo, renumerando o §2º para Par. Único, uma vez que já existem as regras claras e específicas para a previsão de CPT e agravo, e, considerando o fato de que em casos de doenças e lesões preexistentes os procedimentos objetos de CPT ou agravo são considerados de maior custo (procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia), permitir a cobrança alternativa de 100% criará um novo risco financeiro ao negócio, em especial, no caso de inadimplência do valor devido em razão da realização de tais procedimentos. Ademais, a previsão constante do § 1º poderá confundir o consumidor com relação ao agravo.

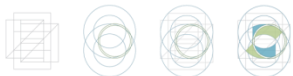


Art. 13

Art. 13 As operadoras poderão se valer do Mecanismo da Coparticipação para fins de indução ao consumo consciente do plano de saúde, privilegiando os procedimentos de natureza preventiva, assim como prestadores pautados na qualidade assistencial.

3)Onde não aplica

- 3 consultas/ ano generalista (clinico, GO , pediatra, geriatra, med.familia)
- Exames preventivos dentro protocolos
- Tratamentos crônicos (TRS, Radio, quimio, ?)
- Pré natal (?)



Sugestões

SINOG

Comentário: Exclusão. Como há contratos em que o empregador é totalmente responsável pelo custeio do plano, cabendo o beneficiário somente coparticipar quando da utilização, as isenções de coparticipação deveriam ser definidas pelas partes, sem estabelecimento prévio em normativo.

IBA

Comentário: Não entendemos como necessário esse detalhamento, pois o normativo não impede essa prática. Esse seria um exemplo, como existem diversos outros em ser ideal cobrar ou não coparticipação em alguns procedimentos, em menor ou maior valor.

Caso a ANS entenda que deve deixar, talvez seja melhor somente esclarecer que a OPS não é obrigada a estabelecer coparticipação em todos os procedimentos previstos no rol.

UNIMED RIO

Comentário: Excluir trecho. Justificativa: a aplicação ou não de coparticipação e para quais procedimentos (baixa, média ou alta complexidade, preventivos, terapias, etc.) deve ficar a critério exclusivo da Operadora.

Sugestões

FENASAÚDE

Comentário: A isenção da coparticipação em procedimentos preventivos e não-eletivos deve ser objeto de deliberação contratual.

Art. 11º As operadoras poderão se valer dos Mecanismos Financeiros de Regulação para:

- a. Induzir ao consumo consciente do plano de saúde;
- b. Privilegiar os procedimentos de natureza preventiva; ou
- c. Estimular a utilização de prestadores selecionados por meio de isenções ou regras específicas.

UNIDAS

Comentário: Como há contratos em que o empregador é totalmente responsável pelo custeio do plano, cabendo ao beneficiário somente coparticipar quando da utilização, as isenções de coparticipação deveriam ser definidas pelas partes, sem estabelecimento prévio em normativo, em respeito ao princípio da autonomia da vontade.

Sugestões

UNIMED BRASIL

Comentário:

Onde não aplica 3 consultas/ ano generalista (clinico, GO , pediatra, geriatra, med.familia)

A Unimed do Brasil concorda com a isenção de coparticipação em três primeiras consultas por ano em generalista, com a legislação definindo de forma expressa as condições e especialidades

Exames preventivos dentro protocolos**

A isenção de coparticipação para exames preventivos ficaria a critério da operadora após a definição criteriosa dos protocolos por parte do órgão regulador. A operadora teria a liberalidade de não cobrar a coparticipação em eventos assistenciais preventivos, justamente para que possa estimular a participação dos beneficiários em programas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Sugestões

UNIMED BRASIL

Comentário:

Tratamentos crônicos (TRS, Radio, quimio, ?)***

A expressão “tratamentos crônicos” é muito abrangente. Pode contemplar tratamentos que se concorda com a isenção de coparticipação – como quimioterapia, radioterapia e hemodiálise – como também englobar colesterol alto, asma ou hipertensão, que acomete grande parte da população. Assim, também é necessário a definição clara e específica para quais tratamentos haveria a isenção, bem como os respectivos procedimentos.

Pre natal****

Pré-natal: concorda-se com a isenção de coparticipação para consultas de pré-natal desde dentro de protocolo previamente definido pelo órgão regulador.

Sugestões

ABRAMGE

Comentário: Sugere-se a exclusão do referido artigo, uma vez que, eventuais isenções de coparticipação podem e devem ser fixadas pelas partes em contrato, conforme o perfil de determinada carteira de beneficiários, permitindo às partes eleger os procedimentos preventivos conforme o risco assistencial. Poderá também a operadora isentar a cobrança da coparticipação ou franquia nos casos em que haja interesse no direcionamento do atendimento a um determinado prestador.

UNIMED RIO

Comentário: Alterar. A norma não deverá prever, ao menos de forma taxativa, os procedimentos ou circunstâncias nas quais a coparticipação deverá incidir de forma diferenciada. Eventuais isenções ou descontos deverão ser concedidos conforme condições comerciais estabelecidas pelas Operadoras e poderão representar diferenciais nos produtos colocados à disposição dos contratantes. Caso seja interesse da ANS, este assunto poderá ser debatido de forma mais consistente no futuro, após avaliação dos impactos gerados pela norma que será publicada.

Sugestões

ANAHP

Comentário: A minuta de Resolução Normativa, embora mencione a possibilidade de utilizar-se a coparticipação como forma de privilegiar prestadores qualificados, não estabelece um mecanismo específico para tanto. Seria importante, porém, estabelecer regras que privilegiassem um eventual direcionamento para prestadores qualificados.

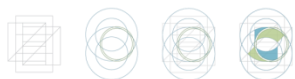
Uma alternativa possível é coordenar os novos mecanismos de regulação às iniciativas já em curso nesta agência. O QUALISS, por exemplo, ao valorizar a acreditação, pode servir – ao menos para os prestadores hospitalares – como orientador para a regulação do tema. Instituições qualificadas ou acreditadas podem receber, por exemplo, um índice que seja um deflator do teto sobre a coparticipação, oferecendo, efetivamente, custos menores para os pacientes.

É possível, ainda, estabelecer que, quando a operadora utilizar a coparticipação como forma de direcionamento dos beneficiários, as instituições qualificadas estejam, necessariamente na faixa oferecida pelo plano que tenha o menor valor.

Art. 8º

Art. 8º O valor mensal despendido a título de coparticipação não poderá ultrapassar X% do valor da contraprestação pecuniária do beneficiário, devendo o restante incidir nas contraprestações subsequentes.

Parágrafo Único – É vedada a incidência de juros e correção monetária nos valores aqui dispostos.



Sugestões

SINOG

Comentário: Exclusão. A contraprestação pecuniária não tem, necessariamente, relação com a capacidade econômica do beneficiário, uma vez que o empregador pode ser responsável pelo seu pagamento, além de outros fatores, como escolha do beneficiário em ter uma coparticipação mais elevada frente ao pagamento de contraprestação pecuniária mais reduzida, além da existência de produtos na modalidade de preço pós-estabelecida no qual a contraprestação pecuniária é definida após as utilizações ocorridas.

IBA

Comentário: Exclusão. A limitação da cobrança da coparticipação mensalmente pode induzir o beneficiário a utilizar mais o plano de saúde em situações desnecessárias, como por exemplo, realizar consultas com mais de 1 médico de mesma especialidade para novas opiniões, como realizar exames que fez a pouco tempo novamente, sem se preocupar em pagar por isso, pois a cobrança total não será imediata e sim fracionada. Isso poderá trazer um desequilíbrio atuarial para a OPS, pois a mensalidade do plano foi calculada prevendo uma certa utilização e não uma maior em função e nova regra da ANS. Dessa forma, isso poderá fazer crescer a utilização e conseqüentemente o valor do plano de saúde (para planos coletivos em que se pode negociar o reajuste, o próprio reajuste de individuais que vem dos planos coletivos, como em novas vendas de individuais).

Caso a ANS mantenha a condição acima proposta por ela, sugerimos que o percentual limite seja 100% e que seja possível a cobrança de juros e correção monetária em caso de parcelamento decorrente do limite de cobrança.

Sugestões

FENASAÚDE

Comentário: Exclusão. Cada empresa deve fazer o seu limite no caso dos coletivos por adesão é de responsabilidade da empresa contratante.

UNIDAS

Comentário: Entendemos que não deve existir a citada limitação do pagamento da coparticipação, pois desta forma a operadora estará financiando o citado mecanismo de regulação para o beneficiário, sendo que tal obrigação não se coaduna com o mencionado instituto jurídico. Nada impede que as partes venham a transigir sobre o mencionado assunto, porém não deve a norma impor tal condição.

Ademais, a contraprestação pecuniária não tem, necessariamente, relação com a capacidade econômica do beneficiário, uma vez que o empregador pode ser responsável pelo seu pagamento, além de outros fatores, como escolha do beneficiário em ter uma coparticipação mais elevada frente a um pagamento de contraprestação pecuniária mais reduzido. Assim, sugere-se a exclusão dessa cláusula.

Porém, em caso de manutenção da citada limitação, deve-se ao menos informar sobre a não aplicação nos contratos definidos na modalidade de preço pós-estabelecido, bem como nos casos em que o empregador coparticipa no valor da contraprestação pecuniária.

Rever a numeração do artigo, bem como dos seguintes.

Sugestões

UNIMED RIO

Comentário: (1) Sugerimos que o valor mensal despendido a título de coparticipação não poderá ultrapassar a 100%. O controle deverá ser realizado pelo beneficiário, até porque a operadora fornecerá todas as ferramentas (Simulador, por exemplo) para que ele faça o devido controle. A utilização consciente dependerá do controle do próprio beneficiário.

(2) Achamos plausível a realização da correção monetária, já que houve a limitação na forma de cobrança.

Art. 8º O valor mensal despendido a título de coparticipação não poderá ultrapassar 100% do valor da contraprestação pecuniária do beneficiário, devendo o restante incidir nas contraprestações subsequentes. (1)

Parágrafo Único – É vedada a incidência de juros nos valores aqui dispostos. (2)

UNIMED BRASIL

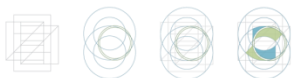
Comentário: Exclusão. O Sistema Unimed não concorda com embaralhar a participação na utilização com a mensalidade, são coisas distintas. Esse tipo de inferência pode ocasionar, inclusive, o comprometimento do fluxo de caixa da operadora e, conseqüentemente, seu equilíbrio econômico financeiro.

Sugestões

NOSSA SAÚDE

Comentário:

- ✓ O percentual que ultrapassar o valor da mensalidade deve ser de 100%, para que se considere a hipótese de financiamento do saldo restante;
- ✓ Na hipótese do cancelamento do contrato, independente da motivação, as parcelas vincendas do parcelamento vencerão antecipadamente e deverão ser pagas à vista;
- ✓ Nas parcelas vincendas do parcelamento deverá incidir correção monetária, tendo em vista que o prestador não vai parcelar a conta para a Operadora, e a mesma não poderá absorver o ônus desse financiamento;
- ✓ No hipóteses de inadimplência deverá incidir além da correção monetária, os juros legais, além de multa de 2%, pelo mesmo motivo, ou seja: a Operadora não poderá absorver o ônus da inadimplência do Beneficiário;
- ✓ A inadimplência da coparticipação deverá ser considerada para efeitos do cancelamento do contrato.



Sugestões

ABRAMGE

Comentário: Sugere-se a exclusão deste artigo, uma vez que, a contraprestação pecuniária não tem qualquer relação com a capacidade econômica do beneficiário, além do que impõe-se à operadora o exercício de uma atividade eminentemente financeira (concessão de financiamento da coparticipação) da qual não tem autorização legal para exercê-la (art. 1º, inciso I e § 1º da Lei nº 9.656/98).

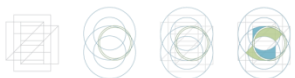
Todavia, caso seja mantida a previsão, o que se admite apenas como argumento, deverá a regra permitir a cobrança de multa e juros em caso de inadimplemento, além da possibilidade de rescisão e/ou exclusão unilateral, sem prejuízo da cobrança posterior.

UNIMED BH

Comentário: Excluir. Disposição contraditória com um dos principais objetivos da norma, qual seja, mitigar a incidência do risco moral da utilização indevida pelo beneficiário.

Art .11

Art. 11 Quando da adoção do Mecanismo da Franquia Acumulada ou Limitada, excepcionalmente será aceito o pagamento integral do procedimento pelo beneficiário.



Sugestões

FENASAÚDE

Comentário: Adequação do Mecanismo à lógica de reajuste anual.

Art. 12º Quando da adoção do Mecanismo da Franquia Acumulada ou Limitada, excepcionalmente será aceito o pagamento integral do procedimento pelo beneficiário.

Parágrafo único. A atualização de valores fixos deve estar prevista em contrato e não deve ser inferior a 12 meses

ABRAMGE

Comentário: Tal exceção deverá ser contemplada na redação do próprio artigo 2º da minuta ora apresentada.

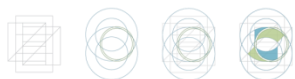
UNIMED BH

Comentário: Alterar/esclarecer. A proposta de redação apresentada para este artigo não está clara. Solicita-se maiores esclarecimentos acerca desta proposta.

Sugestões

ANAHP

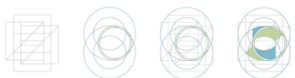
Comentário: A franquia não deve ser utilizada como fator moderador. Ela desequilibra fundamentalmente a estrutura de incentivos necessária a uma boa saúde do paciente – estimula-o a postergar procedimentos necessários e a adiantar procedimentos necessários, gerando prejuízos tanto para pacientes quanto para o sistema de saúde.



Art. 12

Art. 12. É vedada a incidência de franquias XXXXXXXXXXXXXXX

Se internar após emergência, só franquias da internação (não a copay da emergência)



Sugestões

SINOG

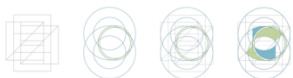
Comentário: Exclusão. Não foi possível compreender a intenção da redação para poder manifestar, todavia, como apontado na seção da coparticipação, a não incidência do fator moderador deveria ser matéria exclusivamente contratual.

FENASAÚDE

Comentário: Exclusão. A não aplicação da franquia em procedimentos preventivos e não-eletivos deve ser objeto de deliberação contratual.

“Se internar na emergência, só franquia da internação (não copay da emergência)”

Comentário: O ideal é que a isenção seja objeto do contrato. A regra pode criar incentivo para a internação.



Sugestões

UNIDAS

Comentário: Entendemos que as situações de não aplicação de franquia deveriam ser estabelecidas livremente pelas partes no contrato/regulamento, não devendo a norma estabelecer as citadas situações de não incidência.

UNIMED RIO

Comentário: Utilizar esse mesmo artigo para coparticipação, a fim de criar um padrão.

ABRAMGE

Comentário: Não é possível compreender o objetivo da previsão, razão pela qual, sugere-se a sua exclusão vez que não há fatores impeditivos específico para a previsão de franquia.

Se internar após emergência, só franquia da internação (não a copay da emergência)

Não há fundamento para a não cobrança da coparticipação nos atendimentos de urgência e emergência, levando-se em consideração a própria definição do instituto. Ambos valores devem ser cobrados. Se houver a internação após os procedimentos de urgência e emergência, a franquia também deverá ser cobrada, caso haja previsão contratual para tal. A informação acerca da cobrança é que deverá estar clara para o beneficiário em contrato.

Sugestões

UNIMED BH

Comentário: Excluir. A norma não deverá determinar procedimentos ou circunstâncias nas quais será vedada a incidência de franquias. Eventuais isenções ou descontos deverão ser concedidos conforme condições comerciais estabelecidas pelas Operadoras e poderão representar diferenciais nos produtos colocados à disposição dos contratantes.

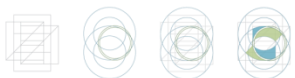
ANAHP

Comentário: O mecanismo de regulação financeira tenderá a reduzir a utilização de um determinado serviço. Espera-se que a maioria do que deixe de ser utilizado seja de casos de sobreutilização – nos quais a prestação do serviço não era verdadeiramente necessária. Quando se trata de urgências e emergências, porém, mesmo uma pequena redução do uso que seria de fato necessário pode ter consequências graves.

Desta forma, acreditamos que atendimentos de urgência e emergência não devem ser incluídos para os fins de mecanismos financeiros de regulação.

Capítulo disposições finais e transitórias

1) Vale daqui pra frente. Para trás aditivo ou mantém



Sugestões

SINOG

Comentário: Não deveria existir tratamento diferenciado em urgência/emergência, para evitar que se urgencie tratamentos eletivos.

IBA

Comentário: As regras previstas neste normativo somente se aplicarão aos contratos firmados a partir da vigência da norma.

Contratos e não os produtos! Já que as previsões detalhadas nesse normativo não mudam o registro do produto.

UNIDAS

Comentário: Entendemos que deve a norma valer daqui para frente, estabelecendo uma *vacatio legis* de dois anos para a efetiva implantação do simulador.

UNIMED RIO

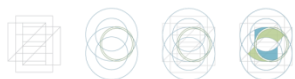
Comentário: Exigência de aplicação do normativo apenas para os produtos registrados após a vigência da referida norma.

UNIMED BH

Comentário: Sugestão para que a norma preveja expressamente que as novas regras incidirão apenas para os contratos celebrados após sua vigência.

Capítulo disposições finais em transitórias

2) Como fazer para modelos não “fee for service”



Sugestões

SINOG

Comentário: Não deveria existir tratamento diferenciado em urgência/emergência, para evitar que se urgencie tratamentos eletivos.

IBA

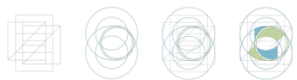
Comentário: A OPS somente teria como citar um valor médio do procedimento durante a observação de um período de x meses, já que casos não “fee for service” irão gerar um valor do procedimento variável. Nesses casos o que se pode é basear no valor médio apurado em um período ao invés de tratar de valor real do procedimento (ele é real, mas definido em uma observação média e não pontual).

UNIMED BH

Comentário: Sugere-se que sejam adotados modelos de pagamentos similares ao DRG como possibilidade da operadora atuar com modelos de regulação diferentes. Exemplo: Unimed Pleno onde há Porta de entrada específica.

Capítulo disposições finais em transitórias

3) Revogar todos



Sugestões

SINOG

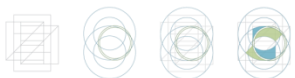
Comentário: Não deveria existir tratamento diferenciado em urgência/emergência, para evitar que se urgencie tratamentos eletivos.

IBA

Comentário: Com o texto final, avaliar a CONSU 8.

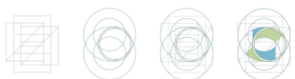
UNIMED BH

Comentário: Deverão ser revogadas todas as normas, ou dispositivos de normas, incompatíveis com a nova resolução.



Capítulo disposições finais em transitórias

4) Informar qt seria o plano sem copay para o contratamento?



Sugestões

SINOG

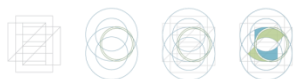
Comentário: Não deveria existir tratamento diferenciado em urgência/emergência, para evitar que se urgencie tratamentos eletivos.

IBA

Comentário: Em desacordo com a finalidade da Nota Técnica de Registro de Produtos, que visa apenas produtos comercializados. A OPS não é obrigada a vender plano sem coparticipação. Portanto, não deve haver este tipo de exigência.

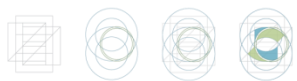
UNIDAS

Comentário: Seria possível a mencionada informação para aquelas operadoras que possuem planos diferenciados: com e sem copay. Aludida informação deveria constar no Portal Corporativo.



Capítulo disposições finais em transitórias

5) Pendencia: saúde metal



Sugestões

SINOG

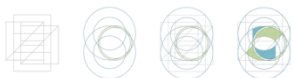
Comentário: Não deveria existir tratamento diferenciado em urgência/emergência, para evitar que se urgencie tratamentos eletivos.

IBA

Comentário: Entendemos como possível e não restritivo quando cobrada posteriormente ao atendimento. Por exemplo, através de coparticipação.

UNIDAS

Comentário: O contrato/regulamento é que deve dispor sobre o critério de mecanismo financeiro de regulação.



Sugestões

UNIMED BH

Comentário: Deve ser mantida a regra que possibilita a incidência de coparticipação diferenciada para as internações referentes à doenças mentais. A coparticipação para estas situações peculiares deverá incidir também em planos não coparticipativos, uma vez que o objetivo desta coparticipação em particular não é regular a utilização indevida, mas sim evitar internações, privilegiando-se atendimentos ambulatoriais.

*RN 387 - Art. 4º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

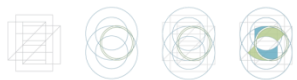
(...)

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando ao aumento de sua autonomia.

Art. 10. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Capítulo disposições finais em transitórias

6) U/E



Sugestões

SINOG

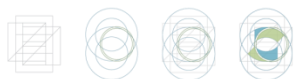
Comentário: Não deveria existir tratamento diferenciado em urgência/emergência, para evitar que se urgencie tratamentos eletivos.

IBA

Comentário: Entendemos como possível e não restritivo quando cobrada posteriormente ao atendimento. Por exemplo, através de coparticipação.

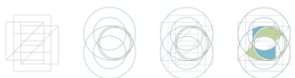
UNIDAS

Comentário: O contrato/regulamento é que deve dispor sobre o critério de mecanismo financeiro de regulação.



Capítulo disposições finais em transitórias

7) Pode cobrar copay no absenteísmo sem desmarcar (se tiver q pagar o prestador)



Sugestões

SINOG

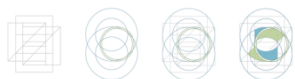
Comentário: A cobrança de coparticipação no absenteísmo é uma forma de induzir o uso adequado da rede, principalmente pela dificuldade em cumprir prazos máximos de garantia de atendimento em determinados prestadores e regiões. Dessa forma, o pagamento pelo beneficiário não teria o propósito de remunerar o prestador (motivo pelo qual o pagamento é feito à operadora), mas de propiciar uma melhora no gerenciamento da rede por conta dos prazos máximos.

UNIDAS

Comentário: A cobrança de coparticipação no absenteísmo é uma forma de induzir o uso adequado da rede, principalmente pela dificuldade em cumprir prazos máximos de garantia de atendimento em determinados prestadores e regiões. Dessa forma, o pagamento pelo beneficiário não teria o propósito de remunerar o prestador (motivo pelo qual o pagamento é feito à operadora), mas de propiciar uma melhora no gerenciamento da rede por conta dos prazos máximos.

Capítulo disposições finais em transitórias

8) Padrão de qualidade para o direcionamento



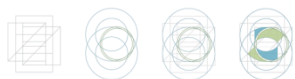
Sugestões

SINOG

Comentário: Exclusão. Ao se definir coparticipação pelo custo do procedimento, tem-se que os prestadores com maior valor de remuneração (até pelas regras de reajuste aplicáveis à qualidade) são os que terão os maiores critérios de qualidade, pelo que deve ter cautela ao propor essa regra em normativo para que o efeito não seja o oposto do pretendido.

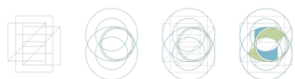
UNIDAS

Comentário: Entendemos que a norma não deve entrar nesta particularidade, tratando-se de matéria que não se coaduna com a sua finalidade



Capítulo disposições finais em transitórias

9) Simulador para hospitalar não precisa ser detalhado por taxas



Sugestões

FENASAÚDE

Art. 13º Independente de previsão contratual de coparticipação para outros tipos de internação ou outros procedimentos, poderá ser estabelecida a coparticipação excepcional para as hipóteses de internações psiquiátricas, considerando os seguintes termos que deverão ser previstos em contrato:

- a. A coparticipação excepcional somente incidirá quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, aos 12 meses de vigência; e
- b. A coparticipação excepcional poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado.

Comentário: Adequação da proposta ao que foi proposto para a saúde mental em outras instâncias. O prazo de 180 dias é para adequação operacional das operadoras à norma.

Art. 14º Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 dias após a sua publicação.

UNIDAS

Comentário: O simulador hospitalar tem óbices vinculadas a mudança de CID conforme complicações da internação, eventos adversos e negociação de OPME, fato este que deve ser ponderado pela ANS frente a manutenção da regra pretendida. Reiteramos que deve ser fixado um prazo de dois anos para a implantação dos simuladores, bem como que a ANS, através de anexo ou IN, descreva os itens que compõem a formação do preço de cada tipo de cobertura.

Sugestões

NOSSA SAÚDE

Comentário:

- ✓ Nas hipóteses de contrato anteriores à esta RN que não conflitem com essa redação esta, não haverá necessidade de aditivo, tendo em vista que o simulador será uma vantagem ao Beneficiário, que não sofrerá restrições contratuais;
- ✓ Caso os contratos anteriores à RN estejam em desacordo com a nova norma, deverão ser firmados termo aditivo ou novos contratos com aproveitamento de carência;
- ✓ Caso a nova RN implique em alterações atuariais nos contratos anteriores à esta, os valores dos contratos poderão ser revistos, com o devido registro da nota técnica atuarial atualizada para o modelo vigente ou a formalização de novo contrato;
- ✓ É inviável o simulador pré-utilização no caso de urgência e emergência, contudo a coparticipação deve ser cobrada até mesmo para evitar situações de uso indevido de pronto atendimento para situações eletivas;

UNIMED BH

Comentário: A Unimed BH concorda com esta premissa, que deve estar disposta na norma.

Sugestões

NOSSA SAÚDE

Comentário:

- ✓ No prestador que não for fee for service, ex.: pacotes fechados, fica vulnerável a simulação pré-utilização. Exemplo de remuneração por pacote fechado: o prestador é contratado por um valor fixo para fazer tantos quantos procedimentos aparecerem ao mês: esta situação gera rateios imprevisíveis na medida em que é impossível prever a quantidade exata de procedimentos feitos ao longo do mês. Desta forma, a pré-simulação deve ter um alerta informando que o procedimento é pago ao prestador por “Pacote fechado”, cujo valor máximo da coparticipação será de xxx Reais.
- ✓ Se a operadora não vende planos sem coparticipação fica inaplicável a exigência de informar quanto seria o valor de um contrato sem coparticipação;
- ✓ Doença mental deve ser mantida as mesmas regras atuais, podendo ser inserida na mesma RN, apenas para consolidação da norma;
- ✓ Para abstenção de consultas, deverá se criar um código TUSS para viabilizar a cobrança;
- ✓ A cobrança da abstenção em consulta pode ser tanto pela rede própria, quanto credenciados, de modo que caberá ao prestador enviar um relatório de ausências às consultas marcadas, juntamente com o relatório mensal de cobranças;
- ✓ O Beneficiário poderá desmarcar a consulta com 24 horas de antecedência, para que não lhe seja cobrada a abstenção;

Sugestões

NOSSA SAÚDE

Comentário:

- ✓ Sugere-se que o valor da abstenção deva ser de até 80% do valor da coparticipação, caso o beneficiário comparecesse à consulta;
- ✓ Para produtos com previsão de direcionamento através de “rede fechada”, é inaplicável o padrão de qualidade para o direcionamento, ainda que por qualidade ou preço, tendo em vista que o contrato contempla somente um determinado prestador.
- ✓ Para o pré-simulador em caso de internação/cirurgia, fica prejudicada a previsibilidade, tendo em vista que eventos dessa natureza podem sofrer variáveis que afetem a expectativa final dos valores despendidos. A sugestão desta forma é de que o simulador contemple somente exames, procedimentos e consultas, ou, na hipótese de ser mantido o pré-simulador em casos de internação/cirurgia, deverá ser informado que nesses casos, eventos não previsíveis podem comprometer a simulação, e portanto, a Operadora não se responsabilizaria por eventual transpasse do limite percentual de margem de erro, nas hipóteses de eventos adversos aos previstos para a cirurgia/internação.

Sugestões

UNIMED BRASIL

Comentário: Outras Questões:

1- Possibilidade de cobrança de coparticipação para atendimentos ambulatoriais em pronto socorro: considerando a realidade brasileira e a facilidade de acesso a consulta e exames em pronto socorro, é imperativa a possibilidade de cobrança de coparticipação sobre consulta e exames neste ambiente, que inclusive poderia possuir critérios de majoração da participação do beneficiário, com o objetivo de estimular a procura de consulta em consultórios médicos.

2- Possibilidade da estipulação de fator moderador para direcionamento: as operadoras poderão estipular o fator moderador para estimular a utilização de recursos próprios ou com mais atributos de qualidade.

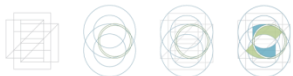
3- Reestabelecimento da possibilidade de cobrança de coparticipação em percentual para a internação psiquiátrica após o 30º dia, independente mente do produto ter sido registrado como coparticipativo: é imprescindível que seja definitivamente dirimida a confusão estabelecida por esta própria agência reguladora, por mudanças de frequentes de entendimentos, sem que fossem considerados os contratos vigentes. Deve ser reestabelecido o entendimento (se é que ele realmente foi alterado), de que após o 30º dia de internação psiquiátrica, poderá ser cobrada do contratante um percentual de coparticipação por cada diária excedida, independentemente se produto ao qual o beneficiário estiver vinculado possuir ou não fator moderador para internação.

Sugestões

UNIMED BRASIL

Comentário: Outras Questões:

4- Possibilidade de cobrança de coparticipação no absenteísmo: trata-se de uma medida que precisa ser prevista urgentemente na regulação. O percentual de beneficiários que agendam consultas e exames e não comparecem - sem qualquer justificativa - aumenta a cada dia. A possibilidade de se cobrar coparticipação nesses casos, como uma forma educativa, é medida de suma importância para todo o setor.



Sugestões

ABRAMGE

Comentário: Sugere incluir os seguintes artigos:

Art. 12 Nos casos de internação hospitalar, clínica ou cirúrgica, com exceção das internações relacionadas à saúde mental, será permitida a operadora a adoção de coparticipação e franquia de que trata o artigo 2º do presente Resolução Normativa. Parágrafo Único: Na hipótese do caput, quando estabelecida a coparticipação de acordo com o artigo 2º, inciso I, alíneas “b” e “c”, a mesma será limitada ao valor monetário fixo estabelecido em contrato.

Art. 13 As operadoras que possuam canais específicos para o agendamento de consultas e exames poderão cobrar os valores relativos à coparticipação e/ou franquia previstos em contratos, nos casos em que os beneficiários não comuniquem a impossibilidade de comparecimento com antecedência mínima de 24 horas da data agendada.

Art. 14 Os produtos com coparticipação e franquia registrados até a entrada em vigor desta norma permanecem ativos, sendo permitia às operadoras a sua comercialização e inclusão de beneficiários.

Art. 15 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.