

Nº 004189/2017-51
Data: 10/01/17
Assinatura:



São Paulo, 10 de janeiro de 2017.

DOC/ANAB 01/2017

À Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Ao
Grupo Técnico Interáreas

C/C
Sra. Martha Regina de Oliveira
Diretora de Desenvolvimento Setorial - DIDES/ANS

Sra. Karla Santa Cruz Coelho
Diretora de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO/ANS

Sra. Simone Sanches Freire
Diretora de Fiscalização - DIFIS/ANS

Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro/RJ - CEP 20021-040

Assunto: Manifestação à minuta de Resolução Normativa sobre Mecanismos Financeiros de Regulação (Coparticipação e Franquia)

Prezadas senhoras,

A ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS - ANAB, entidade representativa das Administradoras de Benefícios, com sede na Rua Vergueiro, nº 1421 - Ed. Top Towers Offices - Torre Sul - Sala 1504 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP: 04101-000, vem, respeitosamente, considerando a participação no Grupo Técnico Interáreas, formado pela ANS com o objetivo de aprimorar os mecanismos financeiros de regulação (Coparticipação e Franquia) e atendendo ao que ficou estabelecido na última reunião realizada no dia 22/11/2016, apresentar suas considerações à minuta

Rua Vergueiro, 1421
Ed. Top Towers | Torre Sul | Sala 1504
Vila Mariana | São Paulo - SP
CEP: 04101-000

Tel.: (11) 3253-2700 | (11) 3262-2233

www.anab.com.br

CCO
D. R. P. / 10/01/17

PROTÓCOLO GERAL 10/01/2017 10-43 00001512

A ASSNT
para minuta
processual
Michelle Mello de Souza
Diretora Adjunta
DIRADIDDES
Mat. SIAPE 1541333
1310117

de Resolução Normativa disponibilizada.

Inicialmente, a ANAB reafirma ser favorável ao aprimoramento das normas sobre Coparticipação e Franquia, revendo os normativos vigentes e detalhando melhor os requisitos para a utilização consciente desses mecanismos de regulação, pelas Operadoras de Planos de Saúde, Administradoras de Benefícios e Beneficiários de planos privados de assistência à saúde, bem como reitera o disposto no Ofício DOC/ANAB 018/2016, protocolado na ANS em 18/11/2016, conforme anexo, em que esta Entidade Representativa expõe suas alegações e sugestões sobre o tema.

Ao analisar a minuta produzida pela ANS, esta Associação percebeu que algumas informações relevantes apontadas no Ofício ANAB 018/2016 ainda não foram contempladas. Por esta razão, optamos por inserir nossas contribuições na própria Minuta de Resolução Normativa apresentada pelo Grupo Técnico Interáreas, no intuito de facilitar a análise do cabimento por parte desse órgão regulador.

I. Minuta de Resolução Normativa sobre mecanismos de regulação de mecanismos financeiros:

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº XXX, DE XX DE XXXX DE 2016.

Dispõe sobre XXXXXXXXXXXXXXXX.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XII e XXXII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em XXXXXXXXXXXXXXXX, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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.

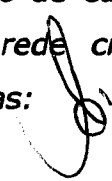
Art. 3º São espécies de Mecanismos de Regulação Financeira:

I - coparticipação é uma 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: (visando um compartilhamento de risco?)
Pergunta feita pela Dra. Martha)

- 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; e
- c.** Valor monetário fixo para cada procedimento específico.

(Dúvidas: pago para quem? Só operadora? Perguntas feitas pela Dra. Martha)

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).

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;

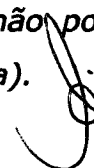
II – Simulação Pré-Utilização – Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor aproximado em que será responsável pelo pagamento, podendo apresentar uma variabilidade de X% (menor que a pré-contratação);

SUGESTÃO ANAB:

*III – Informação pós utilização **ao consumidor** 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 (Observação feita pela Dra. Martha).



SUGESTÃO ANAB:

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.

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

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

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.

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

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.

Seção I

Coparticipação

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

Rua Vergueiro, 1421
Ed. Top Towers | Torre Sul | Sala 1504
Vila Mariana | São Paulo – SP
CEP: 04101-000

Tel.: (11) 3253-2700 | (11) 3262-2233

www.anab.com.br

SUGESTÃO ANAB:

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.

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.

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 (clínico, GO , pediatra, geriatra, med.familia)
- Exames preventivos dentro protocolos
- Tratamentos crônicos (TRS, Radio, quimio, ?)
- Pré natal (?)



(Observações feitas pela Dra. Martha)

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.

Seção II

Franquia

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

Art. 12. É vedada a incidência de franquias XXXXXXXXXXXXX

Se internar após emergência, só franquias da internação (não a copay da emergência) (Observação feita pela Dra. Martha).

Capítulo disposições finais em transitórias

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

2) Como fazer para modelos não "fee for service"

3) Revogar todos

4) Informar quanto seria o plano sem copay para o contratante?

5) Pendência: saúde mental

6) U/E

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

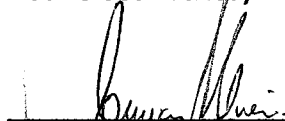
8) Padrão de qualidade para o direcionamento

9) Simulador para hospitalar não precisa ser detalhado por taxas.

(Observações feitas pela Dra. Martha)

Por fim, diante de todo o exposto, vimos requerer que os apontamentos e comentários aqui efetuados sejam considerados antes da publicação da nova norma, sob pena de trazer sérios transtornos e prejuízos ao setor.

Atenciosamente,



LUCIANA SOUZA DA SILVEIRA
Diretora Executiva

São Paulo, 18 de novembro de 2016.

DOC/ANAB 018/2016

À Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Ao
Grupo Técnico Interáreas

C/C

Sra. Martha Regina de Oliveira
Diretora de Desenvolvimento Setorial - DIDES/ANS

Sra. Karla Santa Cruz Coelho
Diretora de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO/ANS

Sra. Simone Sanches Freire
Diretora de Fiscalização – DIFIS/ANS

Av. Augusto Severo, 84 – Glória
Rio de Janeiro/RJ – CEP 20021-040

Assunto: Grupo Técnico Interáreas da ANS - Mecanismos Financeiros de Regulação (Coparticipação e Franquia)

Prezadas senhoras,

A ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS – ANAB, entidade representativa das Administradoras de Benefícios, com sede na Rua Vergueiro, nº 1421 – Ed. Top Towers Offices – Torre Sul – Sala 1504 - Vila Mariana - São Paulo – SP – CEP: 04101-000, vem, respeitosamente, considerando a participação no Grupo Técnico Interáreas, formado pela ANS com o objetivo de ampliar o debate sobre os mecanismos financeiros de regulação (Coparticipação e Franquia), expor o quanto segue:

Rua Vergueiro, 1421
Ed. Top Towers | Torre Sul | Sala 1504
Vila Mariana | São Paulo – SP
CEP: 04101-000

Tel.: (11) 3253-2700 | (11) 3262-2233

www.anab.com.br

a Operadora e a Administradora de Benefícios, quando esta figurar na relação contratual, e os mecanismos de cobrança e pagamento entre ambas quanto aos valores a serem pagos a título de coparticipação pelos consumidores após a utilização do serviço.

Isso porque, no cenário atual, as Administradoras de Benefícios recebem da Operadora a informação sobre o valor a ser arrecadado junto ao beneficiário a título de coparticipação, considerando os serviços utilizados. Como esse procedimento depende de processamento de dados das contas médicas e/ou hospitalares na Operadora, usualmente o lapso temporal até a cobrança é considerável e ao recebê-la, o consumidor nem mesmo se recorda dos valores devidos ou, até mesmo, já se desligou do plano.

Além disso, as Administradoras de Benefícios muitas vezes não recebem um extrato detalhado de quais atendimentos se refere a cobrança, pois somente tem conhecimento que é a título de coparticipação. Por isso, é preciso que haja transparência e detalhamento das informações na relação com a Administradora de Benefícios, porque isso é exigido por parte do consumidor final e é fundamental para viabilizar e agilizar o processo de cobrança.

Uma alternativa para esse cenário seria o pagamento da coparticipação nos exatos termos do já estabelecido para franquia, ou seja, diretamente ao prestador de serviços de assistência à saúde no momento do procedimento. Isso também seria de grande efeito moral para que o consumidor se sinta parte e responsável por coibir as más práticas, e assim regular a utilização do plano de saúde de maneira consciente, afinal, o desembolso seria imediato para cada prestador, no ato da utilização.

Ademais, tal prática enfatizaria a limpidez na relação com o beneficiário, evitando denúncias na ANS contra Administradoras de Benefícios por

Rua Vergueiro, 1421
Ed. Top Towers | Torre Sul | Sala 1504
Vila Mariana | São Paulo – SP
CEP: 04101-000

Tel.: (11) 3253-2700 | (11) 3262-2233

www.anab.com.br

cobranças que os beneficiários alegam desconhecimento, em razão do lapso temporal decorrido, ou mesmo aquelas que de fato são indevidas por eventuais erros oriundos do processamento das contas médicas e/ou hospitalares feito pelas Operadoras de planos. Esta prática evitaria, também, prejuízos para Operadoras e/ou Administradoras de Benefícios com despesas de cobrança de beneficiários desligados dos respectivos planos.

Outra dado que merece ser revisto é o fato da quitação das faturas emitidas pelas Operadoras contra as Administradoras de Benefícios, quando estas figuram como estipulantes e responsáveis pelo pagamento. Não é possível admitir que as Administradoras assumam o pagamento dos valores não efetuados pelos beneficiários referente à utilização médica na coparticipação. Lembramos que as Administradoras não podem realizar operações típicas de planos de saúde, tal como o pagamento de procedimentos médicos em nome de seus beneficiários.

Diante do exposto, vimos requerer que os apontamentos e comentários aqui efetuados sejam considerados antes da publicação da nova norma, sob pena de trazer sérios transtornos e prejuízos ao setor.

Atenciosamente,



LUCIANA S. SILVEIRA
Diretora Executiva

