

Curitiba, 15 de dezembro de 2016.

Ao Senhor

**JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO**

Diretor-Presidente e Diretor de Gestão da ANS- DIGES

Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória

20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

**MARTHA REGINA DE OLIVEIRA**

Diretora de Desenvolvimento Setorial – DIDES/ANS

**KARLA SANTA CRUZ COELHO**

Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Assunto: **Grupo Técnico Interáreas da ANS – Coparticipação e Franquia**

Ref.: Contribuições ao Grupo Técnico (GT Interáreas) sobre Mecanismos de Regulação

Senhor Presidente,

A NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIVADA, LTDA., com registro perante esta Agência sob nº 37260-9, vem apresentar as seguintes considerações sobre o tema em referência.

Seguiremos a sequência definida no projeto de minuta da Resolução Normativa que consta do site desta Agência<sup>1</sup>, como segue:

**Art. 3º** São espécies de Mecanismos de Regulação Financeira:  
*1 -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?*

*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;

*Duvidas: pago para quem? Só operadora?*

Sugestões:

- ✓ 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;
- ✓ O conceito de “coparticipação”, pode ser ampliado para a seguinte sugestão:

*I - **coparticipação**: é uma 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**:*

- ✓ A RN deverá indicar quais os procedimentos médicos/hospitalares/diagnósticos e terapias que poderão ter a coparticipação.

*I –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:

- ✓ 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, o 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.***

**Art. 4º** As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar um dos Mecanismos de Regulação Financeira previstos nesta norma serão obrigados 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*

**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.

o melhor que  
면이 정렬

4



Sugestões:

### ***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).

### ***III – Simulador pós-utilização***

- ✓ Conceitualmente usar 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 por 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 contatual 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;

4



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

Sugestão:

*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.*

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

Sugestões:

- ✓ Na hipótese 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.

**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:

- ✓ 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).

**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:

- ✓ 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;
- ✓ Na hipótese 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.

*Capítulo disposições finais em transitórias*

- 1) Vale daqui para frente. Para trás aditivo ou mantem
- 2) Como fazer para modelos não "fee for service"
- 3) Revogar todos
- 4) Informar quanto seria o plano sem copay para o contratualmente?
- 5) Pendencia: saúde metal
- 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

o melhor que  
森森  
면이정리



Sugestões:

- ✓ Nas hipóteses de contrato anteriores à esta RN que não conflitem com essa redação desta, 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;
- ✓ 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 comparticipação fica inaplicável a exigência de informar quanto seria o valor de um contrato sem comparticipação;
- ✓ Doença mental deve ser mantida as mesmas regras atuais, podendo ser inserida na mesma RN, apenas para consolidação da norma;
- ✓ Para a abstenção de consultas, deverá ser 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;
- ✓ 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 casos 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.

Com nossos agradecemos pela oportunidade de contribuir com a presente discussão, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

A NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIVADA LTDA.

Dulcimar De Cunto



<sup>1</sup> [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/interareas/2211-apresentacao-martha-oliveira-resolucao-normativa.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/2211-apresentacao-martha-oliveira-resolucao-normativa.pdf)

o melhor que  
森博  
면이정