

Assunto: Contribuições referentes à minuta de Resolução Normativa – RN sobre os Mecanismos de Regulação

Prezadas Senhoras,

O Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG, vem, respeitosamente, à presença de V. Sas., apresentar as suas contribuições a respeito da minuta de Resolução Normativa – RN sobre os Mecanismos de Regulação, apresentada em 22 de novembro de 2016 no Grupo Técnico Interáreas da ANS.

O SINOG reitera o pleito formulado desde a primeira reunião referente à matéria sobre os planos exclusivamente odontológicos terem um tratamento apartado e diferenciado, seja por ter norma que o permite cobrar valores integrais dos custos assistenciais (RN nº 59, de 2003, que trata do sistema misto de pagamento), quanto pelo risco de eventos de alto custo serem sensivelmente inferiores.

No que concerne à minuta de RN apresentada, para fins didáticos, os comentários serão apresentados após cada dispositivo:

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, DiretorPresidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

Comentários SINOG:

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

Proposta:

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

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.

Comentários SINOG:

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.

Proposta:

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.

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: (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;
- Dúvidas: pago para quem? Só operadora?

Comentários 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).

Proposta:

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 à operadora, 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 eventos.

§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.

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).

Comentários SINOG:

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.

Proposta:

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:

- 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: hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquias 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)

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

Comentários SINOG:

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.

Proposta:

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 – 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 – 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 – 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.

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

Comentários Sinog:

Sugestão de transferir a redação para parágrafo do artigo antecedente.

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

Comentários Sinog:

Exemplificar algumas regras a serem previstas no contrato.

Proposta:

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.

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:

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

Proposta:

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.

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

Comentários SINOG:

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.

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.

Comentários SINOG:

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

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.

Comentários SINOG:

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.

Seção I Coparticipação

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

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 .

Comentários SINOG:

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.

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, ?)
- Pre natal (?)

Comentários SINOG:

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.

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.

Comentários SINOG:

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.

Seção I

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, so franquias da internação (não a copay da emergência)

Comentários SINOG:

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.

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 qt seria o plano sem copay para o contratamento?
- 5) Pendencia: saúde metal
- 6) U/E

Comentários SINOG:

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

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

Comentários SINOG:

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.

- 8) Padrão de qualidade para o direcionamento

Comentários SINOG:

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.

9) Simulador para hospitalar não precisa ser detalhado por taxas

Renovando os nossos protestos de elevada estima e consideração, despedimo-nos, colocando-nos à disposição para demais informações necessárias,

Atenciosamente,

Geraldo Almeida Lima
Presidente
**Sindicato Nacional das Empresas de
Odontologia de Grupo**
sinog.presidencia@sinog.com.br
(+55 11) 3289-7299