



[www.unimed.coop.br](http://www.unimed.coop.br)  
Alameda Santos, 1827 - 15º Andar  
01419-909 - São Paulo - SP  
T. (11) 3265-4000

**PRES 004/17**

São Paulo, 10 de janeiro de 2017.

À

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS**

**GRUPO TÉCNICO INTERÁREAS (DIDES, DIPRO e DIFIS)**

**Av. Augusto Severo, 81 - 10º andar - Glória - Rio de Janeiro - RJ - CEP nº 20021-040.**

Ref. Contribuições Mecanismo Financeiro de Regulação - Minuta Proposta

A **UNIMED DO BRASIL - CONF. NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**, representante institucional do Sistema Unimed em âmbito nacional e operadora registrada na ANS sob o número 30087-0, por seu representante legal que abaixo subscreve, vem apresentar tempestivamente suas contribuições sobre o tema “Mecanismos Financeiros de Regulação”, especificamente em relação à proposta de minuta apresentada durante reunião do Grupo Técnico Interáreas (DIDES, DIPRO e DIFIS) realizada em 22/11/2016, desde já requerendo que as propostas a seguir sejam apreciadas e acatadas, pois têm como principal objetivo o aprimoramento da legislação que atualmente disciplina o assunto.

A Unimed do Brasil defende que quanto menos restritivas forem as normas que disciplinarão os mecanismos financeiros de regulação, melhor será para o próprio beneficiário do plano individual/familiar, que poderá decidir sobre o que deve comprar e como deve fazê-lo. O setor de saúde suplementar brasileiro não mais suporta essa preocupação exacerbada que considera o beneficiário de plano de saúde individual limitado e incapaz de responder pelos seus atos e escolhas.

Nos contratos coletivos, responsável por 80% dos beneficiários da saúde suplementar brasileira, a regulação também deve privilegiar a vontade das partes, a negociação contratual, com respeito às decisões e acordos coletivos celebrados entre os trabalhadores e respectivas empresas e entre os associados e respectivas associações.

Os mecanismos financeiros de regulação, além de tornar o valor do plano de saúde mais acessível em momentos de crise e de fuga de beneficiários, possibilita ao consumidor que participa financeiramente do custeio dos seus procedimentos questionar se o evento é realmente necessário, os resultados, as melhores práticas, ou seja, faz com que ele passe a atuar como agente fiscalizador no

controle de desperdícios - o que é cada dia mais indispensável para a sustentabilidade da saúde suplementar brasileira.

Uma nova regulação sobre mecanismos de regulação, focada no interesse do beneficiário em financiar o custeio do seu plano de saúde em conjunto com sua operadora, pode ser um grande atrativo para recuperar milhões de beneficiários que atualmente procuram as “chamadas clínicas populares” ou até mesmo o SUS. Certamente mensalidades mais baixas e participações maiores permitirão o acesso do cidadão a um tratamento contínuo, eficaz e integral, diferente daquele oferecido pelas tais clínicas e pela esfera pública, infelizmente.

Por fim e antes de adentrar especificamente na minuta proposta por este órgão regulador, mais dois pedidos exordiais: que todas as regras sobre mecanismos de regulação sejam reunidas em uma única minuta, diferente do que ocorre atualmente; e que a nova normativa respeite a garantia constitucional da irretroatividade da lei aos contratos já firmados, inclusive evitando “congelamento de ingresso de beneficiários em contratos não aditados”, com o objetivo de evitar novos tumultos no mercado, tais como reiteradamente vistos no passado.

**PROPOSTAS EM RELAÇÃO À MINUTA SUGERIDA:**

REDAÇÃO ORIGINAL - 22/11/16	REDAÇÃO SUGERIDA	JUSTIFICATIVA
<p>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</p>	<p>Sem sugestões - Preâmbulo</p>	<p>-----</p>



<p>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 XXXXXXXXXXXXXXX, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-presidente, determino a sua publicação</p>		
<p>CAPÍTULO I          DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES          Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe mecanismos de regulação financeiros-</p>	<p>Sem sugestões</p>	<p>-----</p>
<p>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.</p>	<p>Sem sugestões</p>	<p>-----</p>
		<p>-----</p>



<p>Art. 3º São espécies de Mecanismos de Regulação Financeira:</p> <p>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?);</p> <p>a. Percentual do custo real quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços</p> <p>b. Percentual da tabela quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela com valores, independentemente do valor a ser pago pela operadora, ao prestador; e</p> <p>c. Valor monetário fixo para cada procedimento específico;</p> <p>II - Franquia é o valor estabelecido no contrato de</p>	<p>Art. 3º São espécies de Mecanismos de Regulação Financeira:</p> <p>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?);</p> <p>a. Percentual do custo real quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços</p> <p>b. Percentual da tabela quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela com valores, independentemente do valor a ser pago pela operadora, ao prestador; e</p> <p>c. Valor monetário fixo para cada procedimento específico;</p> <p>* d. valor monetário fixo por grupo de procedimentos,</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>* entende-se que a nova legislação deve abranger práticas já utilizadas no país,</p>
---	---	--



<p>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:</p> <p>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;</p> <p>b. Franquia por evento correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos até o valor de R\$ X;</p> <p>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).</p>	<p>situação em que não se aplica a vedação do caput em relação ao financiamento integral.</p> <p>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:</p> <p>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;</p> <p>b. Franquia por evento correspondendo a modalidade</p>	<p>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.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
--	---	--



	<p>em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos *ou grupo de procedimentos até o valor de R\$ X;</p> <p>c. Franquia Limitada nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia em procedimentos/eventos *ou grupo de procedimentos (limitadas pelo custo ou tipo de procedimento/evento).</p>	<p>-----</p>
<p>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:</p> <p>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</p>	<p>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:</p> <p>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</p>	<p>-----</p> <p>* 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.</p>



<p>variação de x% em relação ao custo real;</p> <p>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)</p> <p>III - Informação pós utilização refletindo o valor real (ou uma tabela)*</p> <p>IV- Informação no contrato.</p>	<p>variação de *60% em relação ao custo real;</p> <p>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)</p> <p>III - Informação pós utilização refletindo o valor real (ou uma tabela)***</p> <p>IV- Informação no contrato.</p>	<p>** 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.</p> <p>*** 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.</p>
---	--	--

		<p>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.</p>
<p>Art. 5º A simulação Pré-Contratação não precisa contemplar todos os procedimentos ofertados.</p>	<p>Sem sugestões</p>	<p>-----</p>
<p>Art. 6º Todo Mecanismo de Regulação Financeira adotado deve estar descrito no contrato quanto a sua ocorrência e regras para incidência.</p>	<p>Sem sugestões</p>	<p>-----</p>





<p>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.</p> <p>Parágrafo Único - Na Simulação Pré Utilização deverá ser possível diferenciar o custo do Mecanismo aplicado conforme o prestador buscado.</p>	<p>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.</p> <p>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”.</p>	<p>* 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.</p> <p>** 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.</p>
<p>Art 8º Quando da apresentação da fatura ao beneficiário, este deve visualizar o valor real pago pela operadora ao prestador.</p>	<p>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”.</p>	<p>* 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.</p>
<p>Art. 9º O custo efetivo dos procedimentos realizados deverá ser informado em área</p>	<p>Art. 9º O custo efetivo dos procedimentos realizados deverá ser informado em área</p>	<p>* Já existe regra vigente e eficaz, que não atenta contra as regras concorrenciais, vez que o</p>



específica do site, que integrará o PIN-SS, componente de utilização dos Serviços.	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.	agrupamento por categoria de despesas impede a identificação direta da tabela negociada com o prestador.
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.	Sem sugestões	-----
Seção I Coparticipação Art. 11 Dependendo da modalidade escolhida, a coparticipação poderá incidir no procedimento ou na contraprestação pecuniária do beneficiário.	<del>Art. 11 Dependendo da modalidade escolhida, a coparticipação poderá incidir no procedimento ou na contraprestação pecuniária do beneficiário. *(Exclusão)</del>	* Inconsistência, o dispositivo contraria o conceito de coparticipação previsto no Artigo 3º da normativa.
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;	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".	* 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,



<p>§1º - É permitido às operadoras a adoção de Coparticipação de 100% de forma alternativa a imputação de CPT ou Agravo.</p> <p>§2º Na hipótese da aplicação do mecanismo de regulação com valores crescentes a operadora deverá respeitar o limite previsto no caput.</p>	<p>Sem sugestões</p> <p>Sem sugestões</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>Sem sugestões</p>	<p>-----</p>
<p>3) Onde não aplica □ 3 consultas/ ano generalista* (clínico, GO , pediatra,</p>		<p>* A Unimed do Brasil concorda com a isenção de coparticipação em três primeiras consultas por</p>



geriatria, med.familia) □ Exames preventivos dentro protocolos\*\*  
□ Tratamentos crônicos\*\*\* (TRS, Radio, quimio, ?) □ Pre natal\*\*\*\*  
(?)

ano em generalista, com a legislação definindo de forma expressa as condições e especialidades.

\*\* 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.

\*\*\* 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

		<p>quais tratamentos haveria a isenção, bem como os respectivos procedimentos.</p> <p>****Pré-natal: concorda-se com a isenção de coparticipação para consultas de pré-natal desde dentro de protocolo previamente definido pelo órgão regulador.</p>
<p>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.</p>	<p><del>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.</del> <b>*(Exclusão)</b></p>	<p>* 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.</p>
<p>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.</p>	<p>Sem sugestões</p>	<p>-----</p>




<p>Art. 12. É vedada a incidência de franquia XXXXXXXXXXXXX</p> <p><i>Se internar após emergência, so franquia da internação (não a copay da emergência)</i></p>	<p>Sem sugestões</p>	<p>-----</p>
<p><i>Capítulo disposições finais em transitórias</i></p>		<p><b><u>OUTRAS QUESTÕES:</u></b></p> <p><b>1- Possibilidade de cobrança de coparticipação para atendimentos ambulatoriais em pronto socorro:</b> 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.</p> <p><b>2- Possibilidade da estipulação de fator moderador para direcionamento:</b> as operadoras poderão estipular o fator moderador para estimular a utilização</p>

		<p>de recursos próprios ou com mais atributos de qualidade.</p> <p><b>3- Reestabelecimento da possibilidade de cobrança de coparticipação em percentual para a internação psiquiátrica após o 30º dia, independentemente do produto ter sido registrado como coparticipativo:</b> 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</p>
--	--	---

		<p>vinculado possuir ou não fator moderador para internação.</p> <p><b>4- Possibilidade de cobrança de coparticipação no absenteísmo:</b> 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.</p>
--	--	---

Por fim, mais uma vez requer que as contribuições sejam apreciadas e acatadas, renovando nossos protestos de estima e admiração,

  
Eudes de Freitas Aquino  
Presidente  
Representante legal junto à ANS

