

# **Relatório de Análise de Impacto Regulatório**

## **Mecanismos Financeiros de Regulação – Coparticipação e Franquia**

**Dezembro de 2017**

**Gustavo de Barros Macieira**

**Diretoria de Desenvolvimento Setorial**

## Sumário

I - INTRODUÇÃO: .....	3
II - CONTEXTUALIZAÇÃO:.....	4
II.1 – DO CENÁRIO INTERNACIONAL: .....	9
II.1.1– MODELO AMERICANO:.....	15
II.1.2 – MODELO BRITÂNICO: .....	17
II.1.3 – MODELO HOLANDÊS: .....	17
II.2 – DA LEGISLAÇÃO VIGENTE: .....	18
II.3 – HISTÓRICO DE DISCUSSÕES NA ANS:.....	21
II.3.1 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.140914/2005-11.....	22
II.3.2 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.227509/2012-35.....	25
II.3.3 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.527905/2012-60.....	32
II.3.4– PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.270680/2015-15.....	36
II.3.5 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33910.000554/2017-50.....	39
III – DOS PROBLEMAS: .....	47
III.1 – DOS TÓPICOS MAIS RELEVANTES: .....	47
III.1.1 – NATUREZA JURÍDICA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: .....	47
III.1.2 – CONCEITOS PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO:.....	48
III.1.3 – COMO E QUANDO INCIDIRÁ A FRANQUIA/COPARTICIPAÇÃO:.....	49
III.1.5 – EXISTÊNCIA DE UM TETO DE GASTOS COM A INCIDÊNCIA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: .....	50
III.1.6 – EXISTÊNCIA DE PROCEDIMENTOS ISENTOS:.....	51
III.1.7 – COMO REAJUSTAR A COPARTICIPAÇÃO/FRANQUIA: .....	52
III.1.8 – APLICABILIDADE EM PLANOS ODONTOLÓGICOS: .....	52
III.1.9 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS: .....	53
III.1.10 – OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DE NOVOS PRODUTOS:.....	53
III.2 – DO PÚBLICO AFETADO: .....	54
III.3 – DOS OBJETIVOS A SEREM BUSCADOS: .....	55
IV – DA ANÁLISE CONCLUSIVA: .....	56
IV.1 – DAS ANÁLISES:.....	56
IV.1.1 - NATUREZA JURÍDICA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:.....	56
IV.1.2 – CONCEITOS PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO: .....	62
IV.1.3 – COMO E QUANDO INCIDIRÁ A FRANQUIA/COPARTICIPAÇÃO:.....	65
IV.1.4 – LIMITE PERCENTUAL/VALOR PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO: .....	67

IV.1.5 – EXISTÊNCIA DE UM TETO DE GASTOS COM A INCIDÊNCIA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: .....	71
IV.1.6 – EXISTÊNCIA DE PROCEDIMENTOS ISENTOS: .....	73
IV.1.7 – COMO REAJUSTAR A COPARTICIPAÇÃO/FRANQUIA:.....	76
IV.1.8 – APLICABILIDADE EM PLANOS ODONTOLÓGICOS:.....	77
IV.1.9 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:.....	77
IV.1.10 – OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DE NOVOS PRODUTOS: .....	79
IV.2 – FORMA PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA MEDIDA REGULATÓRIA:.....	81
IV.3 – ANÁLISE DOS IMPACTOS INTERNOS: .....	81
IV.4 – DEFINIÇÃO DOS PARÂMETROS PARA MONITORAMENTO:.....	85
V. CONCLUSÃO: .....	87
ANEXO - QUADRO RESUMO DAS PROPOSTAS APRESENTADAS:.....	88

## **I - INTRODUÇÃO:**

1. O presente Relatório de Análise de Impacto Regulatório tem como escopo a análise das opções regulatórias existentes para tratamento do tema “Mecanismos Financeiros de Regulação” e integra o Processo Administrativo nº 33910.000554/2017-50.
2. Essa análise presta-se a verificar a necessidade de uma revisão acerca do tratamento regulatório dispensado ao tema, pelo que se vale de dados do setor e eventuais lacunas regulatórias identificadas na norma vigente, com potencial de gerar um desequilíbrio em favor de uma das partes envolvidas.
3. Serão apontados os principais problemas detectados e impactos, inclusive os operacionais dentro da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de eventual alteração regulatória. Paralelamente, será apontado o público atingido e o efeito esperado de eventual mudança.
4. Ao final serão propostos cenários em que os impactos serão melhor analisados com o consequente apontamento daquela alternativa considerada a mais adequada para a resolução/mitigação dos problemas apontados.



## II - CONTEXTUALIZAÇÃO:

5. Mecanismos de Regulação de Uso de Serviço de Saúde foram definidos por Grupo de Trabalho que discutiu o tema<sup>1</sup> como *“meios e recursos técnico-assistenciais, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde com a finalidade de gerenciar a demanda, acesso ou serviço de saúde.”*

6. Didaticamente são divididos em duas categorias, os Mecanismos de Regulação Assistencial, definido pelo já mencionado Grupo de Trabalho como *“requisitos técnicos-assistenciais e administrativos utilizados pelas operadoras para a realização dos procedimentos de cobertura obrigatória desde que especificados em contrato.”*, dentre os quais estariam a “autorização prévia”, o “direcionamento” e a “realização de junta médica” e os Mecanismos de Regulação Financeiros (Fator Moderador), doravante denominados Mecanismos Financeiros de Regulação, definidos como *“mecanismos de participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele (efetivamente) realizado, estabelecidos em contrato, na forma de franquia ou coparticipação.”*

7. A proposta em debate trata da segunda categoria de Mecanismos de Regulação (Financeiros) e busca discutir alternativas regulatórias para melhor regular o assunto, passando pelas definições, hipóteses de incidência, limites, entre outros atributos, uma vez que se vislumbra a existência de relevantes lacunas na norma em vigor, ao mesmo tempo que o mercado se move em ritmo acelerado em direção a uma maior adoção dos mesmos, conforme se verifica da leitura do gráfico e lâmina abaixo:

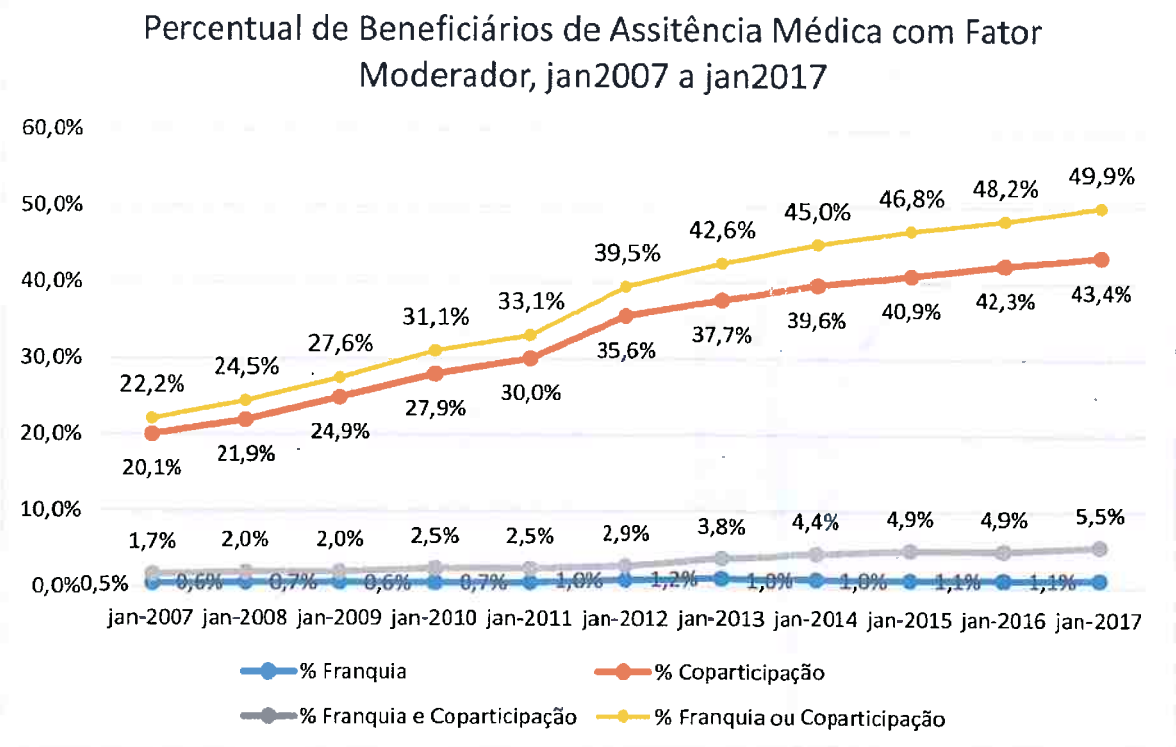


FIGURA 1

<sup>1</sup> Vide Processo Administrativo nº 33902.270680/2015-15

**Planos com Fator Moderador (FM) nas Operadoras de Planos de Saúde:**

**Quanto à Existência de Fator Moderador:**

FATOR MODERADOR	OPS	Planos	Planos (%)	BENEFICIARIOS	BENEFICIARIOS (%)
Co-participação	-	14.968	28,8%	20.839.319	43,5%
Franquia	-	714	1,4%	522.761	1,1%
Franquia + Co-participação	-	1.434	2,8%	2.541.806	5,3%
Sem Fator Moderador	-	34.922	67,1%	23.989.902	50,1%
<b>Total</b>	<b>807</b>	<b>52.038</b>		<b>47.893.788</b>	
<b>Subtotal com Fator Moderador</b>	<b>732 (91%)</b>	<b>17.116</b>	<b>33%</b>	<b>23.903.886</b>	<b>50%</b>

**Por tipo de contratação:**

TIPO DE CONTRATAÇÃO	OPS	Planos	BENEFICIARIOS
Coletivo empresarial	89%	37%	54%
Coletivo por adesão	79%	37%	46%
Individual ou familiar	84%	27%	38%
<b>Total</b>	<b>91%</b>	<b>33%</b>	<b>50%</b>

Fontes: SIB (set/16), RPS (nov/16)

**FIGURA 2**

8. Dados da ANS demonstram que a adoção de Mecanismos Financeiros de Regulação está em constante crescimento. Utilizando-se de um corte temporal de 10 anos, pelo batimento das bases dos sistemas SIB – Sistema de Informação de Beneficiários e RPS – Sistema de Registro de Planos de Saúde (figura 1), verifica-se que mesmo em um período de crise, em que o número absoluto de beneficiários diminuiu, ainda foi possível observar crescimento no quantitativo de beneficiários em planos coparticipativos, vide período compreendido entre os anos de 2015 e 2017 na tabela abaixo quando a participação dos planos moderados no mercado subiu em quantidade absoluta para 23.760.953 beneficiários, o que aumentou de 46,8 para 49,9% a parcela dos beneficiários vinculados a este tipo de produto.

Competência	% Franquia	% Coparticipação	% Franquia e Coparticipação	Qt Beneficiário com Franquia ou Coparticipação	% Franquia ou Coparticipação	Qt Beneficiário sem Franquia e Coparticipação	Qt Beneficiário Total
jan-2007	0,5%	20,1%	1,7%	8.292.948	22,2%	29.072.500	37.365.448
jan-2008	0,6%	21,9%	2,0%	9.668.581	24,5%	29.734.267	39.402.848
jan-2009	0,7%	24,9%	2,0%	11.343.796	27,6%	29.812.447	41.156.243
jan-2010	0,6%	27,9%	2,5%	13.396.393	31,1%	29.727.370	43.123.763
jan-2011	0,7%	30,0%	2,5%	15.157.994	33,1%	30.626.370	45.784.364
jan-2012	1,0%	35,6%	2,9%	18.792.740	39,5%	28.819.948	47.612.688
jan-2013	1,2%	37,7%	3,8%	20.637.111	42,6%	27.834.310	48.471.421
jan-2014	1,0%	39,6%	4,4%	22.661.716	45,0%	27.686.482	50.348.198
jan-2015	1,0%	40,9%	4,9%	23.747.725	46,8%	26.984.746	50.732.471
jan-2016	1,1%	42,3%	4,9%	23.862.857	48,2%	25.641.131	49.503.988

jan-2017	1,1%	43,4%	5,5%	23.760.953	49,9%	23.831.415	47.592.368
----------	------	-------	------	------------	-------	------------	------------

9. Também se constata que dentre os Planos Coletivos Empresariais e por adesão comercializados, 37% já possuem Fatores de Moderação, ao passo que para os planos individuais a proporção é de 27%, totalizando 33% dos produtos comercializados. Nesses produtos estão a metade dos beneficiários da saúde suplementar (figura 2).

10. Ao mesmo tempo que se verifica uma divisão quase igualitária entre o quantitativo de beneficiários vinculados aos planos com e sem fatores de moderação, em consulta realizada na base do TISS<sup>2</sup> - Padrão Para Troca de Informação de Saúde Suplementar, referente a procedimentos realizados durante o ano de 2016, demonstra a efetiva moderação de demanda ocasionada pela existência dos mecanismos.

11. A tabela abaixo retrata apenas o número total de procedimentos realizados por beneficiários, separados pela existência ou não de mecanismo financeiro em seus planos, estando a planilha completa, considerando as faixas etárias, disponibilizada como anexo deste documento<sup>3</sup>.

Procedimento	Planos com FM		Planos sem FM	
<b>Hemodiálise</b>	68.454	35%	128.465	65%
<b>Mamografias</b>	937.728	44%	1.211.810	56%
<b>Consultas Consultório</b>	39.003.565	42%	52.921.208	58%
<b>Terapias Oncológicas</b>	108.992	41%	156.732	59%
<b>Consultas PS</b>	9.450.160	44%	12.167.509	56%
<b>Ultrassonografias</b>	5.140.018	45%	6.277.333	55%
<b>Ressonâncias</b>	1.029.008	47%	1.177.194	53%
<b>Tomografias</b>	1.184.135	45%	1.470.302	55%

12. Tal análise pode ser realizada com qualquer procedimento que se encontre individualizado dentro do Padrão TISS, tendo se escolhido os procedimentos acima em razão da frequência, bem como da inexistência, para alguns, de suposto Risco Moral ensejando utilização excessiva.

13. Importante ressaltar que os dados expostos refletem a utilização dos planos de saúde no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2016, período em que o número de beneficiários vinculados a planos com e sem fatores de moderação já estava distribuído de forma quase equânime, não podendo essa diferença ser alegada para justificar uma maior utilização nos planos sem moderação.

14. Em relação ao Ressarcimento ao SUS, os dados levantados também demonstram progressivo aumento no quantitativo de planos com Fatores de Moderação entre suas características (figura 3).

<sup>2</sup> Vide <http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar>

<sup>3</sup> Os dados expostos foram extraídos das informações recebidas via PADRÃO TISS pela ANS.

### Total dos atendimentos identificados com Coparticipação e/ou Franquia (ABI 48-58)

Dos **1.473.455** atendimentos identificados **678.226** representam **Coparticipação e/ou Franquia**

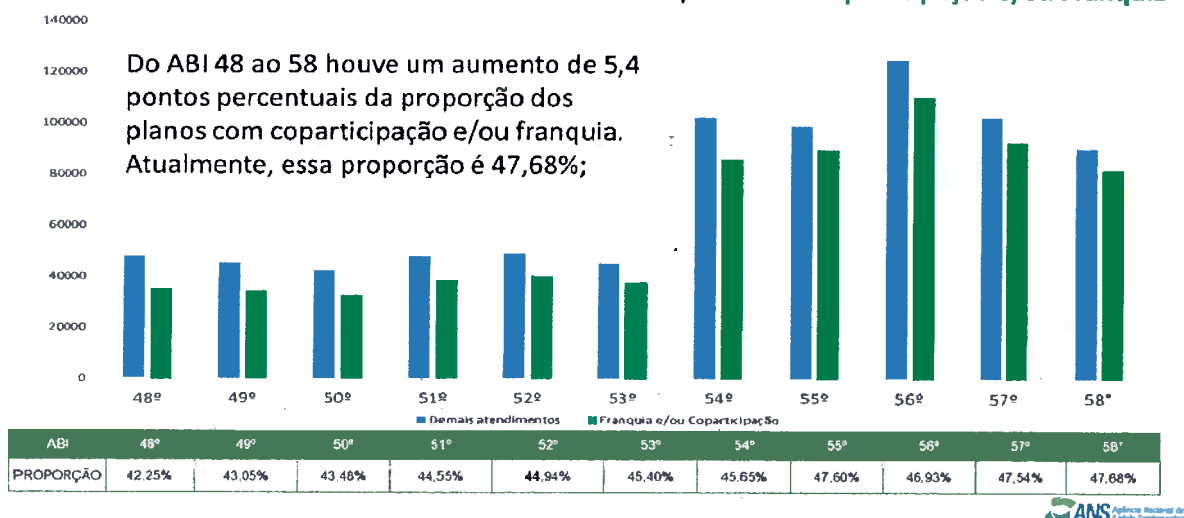


FIGURA 3

15. Em relação à utilização do Ressarcimento, embora os períodos de análise sejam distintos<sup>4</sup>, observa-se uma diferença relevante para a utilização da rede SUS em procedimentos de terapias oncológicas, demonstrando que pode haver um direcionamento do beneficiário para a rede pública quando da incidência de mecanismos financeiros nesse tipo de procedimento (figura 4).

### 20 Procedimentos com maiores diferenças na identificação (ABI 48-58)

Procedimento Principal	Demais atendimentos	Coparticipação e/ou Franquia	Total sem coparticipação e/ou franquia	Total com coparticipação e/ou franquia	Total	Diferença
HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA RECEPTOR POSITIVO EM ESTADIO I CLINICO-PATOLOGICO	47,43%	52,57%	27.833	30.520	58.053	2.687
INTERNAÇÃO P/ QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRACAO CONTINUA	44,72%	55,28%	2.970	3.672	6.642	702
QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MELOPROLIFERATIVA RARA (1ª LINHA)	48,27%	51,73%	6.532	6.906	13.531	487
QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOLASTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINHA	39,33%	60,67%	811	1.291	2.082	440
TRATAMENTO DA PIELONEFRITE	46,81%	53,19%	3.188	3.620	6.808	434
QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MELOPROLIFERATIVA RARA (2ª LINHA)	45,85%	54,35%	1.894	2.255	4.149	361
TRATAMENTO DE CALCULOSE RENAL	45,92%	54,08%	1.137	1.336	2.478	202
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADOS	47,51%	52,49%	1.840	2.033	3.873	193
QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE DE TRANSFORMACAO MARCADOR POSITIVO - COM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA)	39,09%	60,91%	342	533	875	191
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	43,08%	56,92%	582	789	1.351	187
TRATAMENTO DE DENGUE CLASSICA	47,17%	52,83%	1.325	1.464	2.809	158
QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO ESTADIO IV OU DOENÇA RECIDIVADA (1ª LINHA)	43,81%	56,19%	506	649	1.155	143
QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE CRONICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA	47,85%	52,35%	1.402	1.540	2.942	138
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	48,77%	51,23%	2.728	2.863	5.590	137
QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVARIO OU DA TUBA UTERINA - ESTADIO IV OU RECIDIVA (1ª LINHA)	41,86%	58,34%	312	437	749	125
INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS (HOSPITAL DIA)	38,55%	61,45%	192	306	498	114
QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO II CLINICO OU PATOLOGICO SEM LINFONODOS AXILARES ACOMETIDOS	48,46%	51,54%	1.742	1.853	3.595	111
EXCISAO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE POR TUMOR	38,07%	60,93%	193	301	494	108
TRATAMENTO CLINICO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ALCOOL	41,18%	58,84%	242	346	588	104
TRATAMENTO CLINICO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE CRACK	31,94%	68,06%	84	179	263	95

Destaca-se a presença de **procedimentos quimioterápicos**.

FIGURA 4

<sup>4</sup> Ainda não há dados conclusivos para os atendimentos realizados em 2016. Contudo os dados disponibilizados demonstram uma tendência.

16. Deve-se atentar para a questão trazida pela Professora *M. Zélia Rouquayrol*<sup>5</sup> em sua obra “Epidemiologia & Saúde” que pondera para o fato de a saúde ter um custo, apesar de ser de difícil precificação. Especificamente trabalha com a afirmação de que a “saúde não tem preço, mas tem custo.”

17. O custo da saúde é tão maior quanto for o desperdício no setor, razão pelo qual se justifica plenamente a utilização de mecanismos que reduzam os desperdícios. A mencionada autora cita conclusões da OMS, em relatório datado de 1976:

*Para a OMS (1976), são fatores que determinam a tendência dos custos em saúde: causas demográficas, necessidade de pessoal nos serviços de saúde, qualidade nos serviços de saúde, exigências dos cidadãos, mudanças do quadro epidemiológico como consequência do desenvolvimento econômico, organização e estrutura dos sistemas de atenção sanitária e extensão da cobertura.*

(...)

*A redução do custo dos serviços de saúde não é, em si, um objetivo válido. O que se deve perseguir é a obtenção dos mesmos benefícios, a um custo mais baixo, ou aumentar os benefícios sem que suba o custo. Quando ambos os parâmetros são suscetíveis de alteração, é preciso que a análise de benefícios se faça junto com a análise de custo. A estabilidade dos custos dos serviços de saúde pode ser lograda por meio das seguintes medidas: (a) realizar o trabalho por meios cuja complexidade não seja superior à necessidade; (b) “combinação de recursos”, segundo as circunstâncias de cada caso, dando preferência ao uso de recursos mais abundantes; (c) aproveitar, ao máximo, os recursos, evitando-se a má-utilização e procurando que se complementem entre si, sempre que seja possível; e que sirvam ao maior número de usuários; (d) economia na aquisição de certo tipo de produtos; (e) uso adequado de incentivos; (f) poder financeiro de terceiros contribuintes.*

18. Por tal razão, deve-se afastar da ideia simples de que a divisão de custos entre o financiador e o usuário não deva ocorrer em nenhuma hipótese, admitindo-se em circunstâncias que possam gerar um ganho de eficiência para o sistema, quando o mesmo poderá servir a mais indivíduos sem aumentar seus custos.

19. Do contexto geral cabe, ainda, citar Medici A.C., também citado por Rouquayrol que argumenta que a Economia em saúde tem como premissa a incorporação de medidas de racionalização de custos sem produzir impactos negativos na saúde da população, aumentando a eficiência dos serviços sem reduzir a eficácia; que vem sendo apontado com frequência que hábitos de consumo excessivo dos serviços de saúde tem produzido desperdício e elevação dos custos em proporções indesejadas, pelo que se tem proposto como solução a implementação de taxas de moderação, co-pagamentos, franquias entre outros<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> ROUQUAYROL, M. Zélia. Epidemiologia & Saúde. P. 542

<sup>6</sup> Ob. Cit. P. 558.



20. Ademais, em se tratando de modelo de alocação de recursos, um modelo mais gerencialista, que vem sendo adotado em alguns sistemas de saúde, sobretudo em países europeus onde foram introduzidos mecanismos de gestão da demanda, tais como a introdução de médicos de porta de entrada ao sistema de saúde (*gatekeepers*) e de mecanismos de copagamento ou de coparticipação nos custos dos serviços<sup>7</sup>.

## II.1 – DO CENÁRIO INTERNACIONAL:

21. Dados de 2012 levantados dos estudos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, demonstram que fatores de moderação são adotados com grande frequência em diversos países do mundo, contudo, destaque-se, apenas com os números apresentados não é possível fazer um paralelo ao modelo brasileiro, servindo apenas como ilustração de que o que está se discutindo neste processo tem ampla aceitação no cenário internacional, existindo países que cobram valores fixos, irrisórios ou não, até países que trazem cobranças em percentual. Ademais, outra questão a se analisar é que mecanismos financeiros são aplicados inclusive na saúde pública prestada à população em alguns países.

22. Nas tabelas abaixo observa-se, inicialmente, um panorama sobre a fonte de custeio da atenção à saúde dos países pesquisados, havendo países com Sistema de Saúde Público, propriamente dito, custeado por impostos (*tax-funded health system*) e países que se valem de alguma forma de seguros saúde, que podem até ser seguros públicos obrigatórios para a população (Figura 5).

23. Segue-se com tabela que traz os tipos e nível dos requisitos de partilha de custos em cuidados primários ambulatoriais e com especialistas em nível ambulatorial, para um adulto não sujeito a qualquer isenção específica (Figura 6) e tabela com tipos e nível dos requisitos de partilha de custos para cuidados intensivos de doentes internados, para um adulto que não tem direito a isenção ou redução de copagamento (Figura 7).

Main source of basic health care coverage		List of countries
Tax-funded health system	National health system	Australia, Canada, Denmark, Finland, Iceland, Ireland, Italy, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, United Kingdom
Health insurance system	Single payer	Greece(a), Hungary, Korea, Luxembourg, Poland, Slovenia, Turkey
	Multiple insurers, with automatic affiliation	Austria, Belgium, France, Japan
	Multiple insurers, with choice of insurer	Chile, Czech Republic, Germany, Israel, Mexico, the Netherlands, Slovak Republic, Switzerland, United States

FIGURA 5

<sup>7</sup> UGÁ, M.A.D. Sistemas de Alocação de Recursos a Prestadores de Serviços de Saúde – A Experiência Internacional. Ciência & Saúde Coletiva, n° 17, p. 3437-3445, 2012.

Countries	Outpatient primary care physician* contacts	Outpatient specialist contacts
Australia	Free at the point of care when doctors accept direct payments from Medicare (about 79% of GP services 2010-11). Otherwise, patients may be exposed to costs.	Outpatient specialist contacts are fully covered when provided by the public hospital system, and covered generally with a copayment when provided outside hospitals and financed by Medicare..
Austria	Mostly free at the point of use for contracted physicians, with a EUR 10 (USD 11.80) annual payment. Certain professional groups have co-insurance rates (14-20%) instead of the service fee.	Mostly free at the point of use for contracted physicians, with a EUR 10 (USD 11.80) annual payment. Certain professional groups have co-insurance rates (14-20%) instead of the service fee.
Belgium	Copayment of EUR 6.50 (USD 7.48) or EUR 4.00 (USD 4.60) with GMD, reduced to EUR 1.50 (USD 1.73) or EUR 1.00 (USD 1.15) for patients with preferential reimbursement. Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.	Copayments between EUR 2.50 (USD 2.88) and EUR 24.25 (27.94) depending on service type and patient status (GMD/preferential reimbursement). Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.
Canada	Free at the point of care	Free at the point of care
Chile	Depending on health insurer, visits are either free of charge, or cost sharing is around 39% (average in 2010).	Depending on health insurer and chosen coverage plan, cost sharing ranges from 10% to 50%.
Czech Republic	Copayment of EUR 1.20 (USD 2.24) per visit.	User fee of EUR 1.20 (USD 2.24) per visit.
Denmark	Free at the point of care.	Free at the point of care.
Estonia	n.a.	n.a.
Finland	Copayment of EUR 13.80 (USD 14.74) per visit up to the annual copayment cap. A single primary care centre may collect the EUR 13.80 (USD 14.74) copayment no more than three times a year.	Copayment of EUR 27.50 (USD 29.26) per visit to an outpatient specialist contact in a hospital. For same-day (outpatient) surgery there is a copayment up to a maximum of EUR 90.30 (USD 96.12) per procedure. The annual municipal health care copayment cap applies.
France	Copayment of EUR 1 (USD 1.16) per consultation and 30% cost-sharing for patients registered with a treating physician, 70% in other cases. Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.	Copayment of EUR1 (USD 1.16) fee per consultation, plus cost-sharing of 30% with a GP referral, 70% otherwise. Patients may be exposed to extra-billing (allowed for 45% of specialists). Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.
Germany	Free at the point of care for patients with statutory health insurance and patient with selected PHI contracts.	Free at the point of care for patients with statutory health insurance and patients with selected PHI contracts.
Greece	Free at the point of care for public providers.	Free at the point of care for public providers.
Hungary	Free at the point of care	Free at the point of care
Iceland	Copayment of ISK 1000 (USD 7.0) per visit.	Copayment of ISK 4 200 (USD 30) per visit for any service exceeding ISK 4 200 + cost-sharing of 40% up to a maximum of ISK 29 500 (USD 208).

<b>Ireland</b>	Free at the point of care for approximately 40% of the population; while the remainder of the population pays the full cost of a GP consultation as a private arrangement with their GP.	Patients attending an emergency department are subject to a EUR 100 (USD 119.76) charge subject to a number of exemptions. Attendances at planned outpatient clinics in public hospitals are free at the point of care for public patients.
<b>Israel</b>	Free at the point of care for people insured in 3 of the 4 health insurance funds; Deductible of NIS 7.00 (USD 1.79) every quarter for the people insured in the 4 <sup>th</sup> fund.	Copayment of approximately NIS 25 (USD 6.38) once every quarter.
<b>Italy</b>	Free at the point of care	Facilities and services included in the national healthcare entitlements ("Livelli essenziali di assistenza"(LEA)) have a co-payment of up to EUR 36 (USD 45.57) + EUR 10 (USD 12.68) fixed cost imposed by the National legislation, which varies regionally.
<b>Japan</b>	Co-insurance of 30% of costs*	Co-insurance of 30% of costs
<b>Korea</b>	Below 65 years: 30% of cost of service For patients >= 65 years: cost-sharing of 30% when total cost exceeds KRW 15,000 (USD 18.11); copayment of KRW 1,500 KRW (USD 1.81) if the total cost is lower.	Tertiary hospitals: 60% cost-sharing (100 % for the medical examination fee); General hospitals: 50% cost-sharing (45% in case of rural area); Other Hospital: 40% cost-sharing (35% in case of rural area); Doctors' Clinic: 30% copayment.
<b>Luxembourg</b>	Cost-sharing of 20% for physician consultation. Cost-sharing of 12% for medical acts and services	Cost-sharing of 20% for physician consultation; cost-sharing of 12% for medical acts and services.
<b>Mexico</b>	Free at the point of care for patients within that same subsystem but potential extra-billing for patients from different subsystems or without public insurance.	Free at the point of care for patients within that same subsystem but potential extra-billing for patients from different subsystems or without public insurance.
<b>Netherlands</b>	No cost sharing once the general deductible is met (EUR 350).	No cost sharing once the general deductible is met (EUR 350 = USD 420).
<b>New Zealand</b>	Average cost-sharing is estimated at 30%, with a range of copayments depending on practice type and patient status.	No cost-sharing.
<b>Norway</b>	Copayment of NOK 136 (USD 14.74) per visit up to an annual ceiling for all user charges of NOK 2040 (USD 344) in 2013.	Copayment of NOK 307 (USD 33.27) up to a annual ceiling for all user charges of NOK 2040 (USD 344) in 2013
<b>Poland</b>	Free at the point of care.	Free at the point of care.
<b>Portugal</b>	Copayment of EUR 5 (USD 8.06) per visit (more that 60% of the population does not pay co-payments).	Copayment of EUR 7.5 (USD 12.10) per visit (more that 60% of the population does not pay co-payments).
<b>Slovak Republic</b>	n.a.	n.a.
<b>Slovenia</b>	20% cost-sharing.	15% cost-sharing.
<b>Spain</b>	Free at the point of care	Free at the point of care
<b>Sweden</b>	Free with some copayment. People usually pay a very small fee and when	Free with some copayment



	they reached a certain level of visits and cost they get the care for free.	
Switzerland	10% cost-sharing after general deductible, with an annual cap.	10% cost-sharing after general deductible, with an annual cap.
United Kingdom	Free at point of care	Free at point of care
United States	Varies across coverage schemes	Varies across coverage schemes
<b>Source: OECD Health system characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates; Information as of April 2014.</b>		
<b>Note: The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.</b>		
<a href="http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm">http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm</a>		

FIGURA 6

Countries	Acute inpatient care
Australia	Free at the point of care for patients treated as public patients in public hospital. Patients treated as private patients in public or private hospitals have to pay a share of the cost, often paid by their private health insurance (with some services being partly funded via the Medicare system).
Austria	Copayment of approx. EUR 10 (USD 11.80) per day (with regional variations), up to 28 days a year.
Belgium	Copayment per day, plus the costs of some non-reimbursable medical products or pharmaceuticals.
Canada	Free at the point of care.
Chile	Cost sharing ranges from 10% to 50%, depending on health insurer and chosen coverage plan.
Czech Republic	Copayment of EUR 4 (USD 7.49) per day.
Denmark	Free at the point of care.
Estonia	n.a.
Finland	Copayment of EUR 32.60 (USD 34.71) per day in somatic care; EUR 15.10 (USD 16.08) per day in psychiatric care, up to the annual cap.
France	The maximum of 20% cost-sharing or copayment of EUR18/day (USD 20.85), removed for surgical procedures whose cost exceeds a certain threshold. EUR 13.50/day (USD 15.64) in psychiatric facilities.
Germany	Copayment of EUR 10 /day (USD 12.51) , limited to 28 days/year.
Greece	Cost-sharing of less than 10% of total bill for patients treated in public hospitals. Higher level of cost-sharing and potential extra-billing for patients in private hospitals.
Hungary	Free at the point of care
Iceland	Free at the point of care.
Ireland	Free at the point of care for medical card holders and certain other categories Copayment of EUR 75 (USD 89.71) per day for public patients, capped at EUR 750 (USD 897.10) in any period of 12 consecutive months.
Israel	Free at the point of care.

Italy	Free at the point of care for patients treated as “public” patients in public and private hospitals.
Japan	Co-insurance of 30% of costs
Korea	Co-insurance of 20% for medical services; and 50% on meals.
Luxembourg	Copayment of EUR 19.92/(USD 21.06)day for the first 30 days of hospitalization.
Mexico	Free at the point of care for patients within the same subsystem but potential extra-billing for patients from different subsystems or without public insurance.
Netherlands	Free at the point of care after general deductible.
New Zealand	Free at the point of care.
Norway	Free at the point of care
Poland	Free at the point of care.
Portugal	Free at the point of care.
Slovak Republic	Free at the point of care.
Slovenia	Co-insurance of 15% of costs.
Spain	Free at the point of care
Sweden	Co-payment of SEK 80 (USD 9.02) per day, up to an annual threshold and then free of charge.
Switzerland	Co-insurance of 10% after deductible, subject to annual cap.
United Kingdom	Free at point of care
United States	Varies across coverage schemes
Source: OECD Health system characteristics Survey 2012 and Secretariat’s estimates; Information as of April 2014.	
Note: The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.	
<a href="http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm">http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm</a>	

FIGURA 7

24. Verifica-se que a utilização dos Mecanismos é altamente difundida entre as nações, cada qual com suas particularidades. Em um breve panorama dos dados apresentados tem-se o seguinte:

- **Austrália:** Possibilidade de incidência de coparticipação para beneficiários em consultas, sem previsão em internações quando o tratamento é feito pelo sistema público, em hospital público;
- **Áustria:** Para consultas o pagamento de €10,00 anual e possibilidade de incidência de coparticipação entre 14 e 20% e pagamento €10,00 p/dia, até 28 dias de internação;
- **Bélgica:** Pagamento de até €6,50 por consulta, possibilidade de pagamento integral com posterior reembolso e copagamento por dia de internação;
- **Canadá:** Inteiramente custeado pelo Estado;

- **Chile:** Até 39% de coparticipação em consultas simples e entre 10 e 50% em consulta com especialistas e internações;
- **República Tcheca:** €1,50 por consulta simples ou com especialista e €4,00 por dia de internação;
- **Dinamarca:** Inteiramente custeado pelo Estado;
- **Finlândia:** Copagamento de €13,80 por visita, com existência de teto para consultas simples e €27,50 por visita a um especialista em hospital, podendo haver copagamento de €90,30 por procedimento realizado em Hospital-dia; €32,60 por dia em internações comuns e €15,10 em internações psiquiátricas;
- **França:** Copagamento de €1,00 por consulta e até 70% de coparticipação nas consultas com especialista ainda pode haver uma cobrança extra. Possibilidade de pagamento integral com posterior reembolso. Até 20% ou €18,00 p/dia em internações; €13,50 em internações psiquiátricas;
- **Alemanha:** Consultas gratuitas para pacientes do Sistema Público e beneficiários de determinados “planos de saúde estatais”; Copagamento de €10,00 p/dia limitados a 28 dias no ano;
- **Grécia:** Consultas gratuitas no sistema público; Coparticipação de 10% em hospitais públicos, podendo ser maior na rede privada.
- **Hungria:** Inteiramente custeado pelo Estado;
- **Islândia:** Copagamento equivalente a US\$ 7,00 em consultas simples e US\$ 30,00 + custos excedentes até US\$ 208,00 em consultas com especialistas; Internações gratuitas;
- **Irlanda:** Consultas gratuitas para cerca de 40% da população e integral para os demais; custo de até €100,00 sujeito a isenções por atendimento em setor de urgência. atendimentos agendados no sistema público são gratuitos; Pode haver pagamento de €75,00 por dia, limitados a €750,00 em um período de 12 meses;
- **Israel:** Possibilidade de contribuição do equivalente a US\$ 1,79 em consultas simples e US\$ 6,38 por quadrimestre. Internações gratuitas;
- **Itália:** Copagamento de €36,00 + 10,00, variáveis por região em consultas com especialistas. Internações gratuitas para pacientes atendidos pelo sistema público, seja na rede pública ou privada.
- **Japão:** 30% dos custos através de co-seguro para consultas e internação
- **Coréia do Sul:** Coparticipação de 30% variando conforme a idade do paciente em consultas simples e até 60% em consultas com especialistas; Cosseguro de 20% do valor das internações;
- **Luxemburgo:** Coparticipação de 20% em consultas simples e com especialistas e €19,92 por dia, nos primeiros 30 dias de internação;
- **México:** Parte da população atendida no sistema público sem custos e outra parte atendida no sistema privado com desembolso direto ou planos privados com valores não identificados;
- **Holanda:** Franquia de €350,00 para consultas, não havendo desembolso após se atingir este valor; Internações também sujeitas a franquia.

- **Nova Zelândia:** Para consulta simples há uma coparticipação de aproximadamente 30% e o atendimento hospitalar é feito sem custos;
- **Noruega:** Copagamento do equivalente a US\$ 14,74, sujeito ao teto de US\$ 344,00 -ano referência 2013- em consultas simples e US\$ 33,27 e 344 em consultas com especialistas. Atendimento hospitalar sem custos;
- **Polônia:** Inteiramente custeado pelo Estado;
- **Portugal:** Copagamento de €5,00 por visita em consultas simples e €7,50 em consultas com especialistas. Atendimento hospitalar sem custos;
- **Eslovênia:** 20% de coparticipação em consultas simples; 15% em consultas com especialistas e 15% do valor de internação através de co-seguro.
- **Espanha:** Inteiramente custeado pelo Estado;
- **Suécia:** Copagamento de valor reduzido em consultas e do equivalente a US\$ 9,00 por dia de internação até um teto estipulado;
- **Suíça:** Franquia + coparticipação de 10% com limite anual para consultas e franquia + co-seguro de 10% do valor com limite anual nas internações;
- **Reino Unido:** Inteiramente custeado pelo Estado;
- **Estados Unidos:** varia conforme o tipo de cobertura.

25. Dos modelos adotados vê-se em larga escala a utilização do Copagamento e Coparticipação. Sem discutir sua natureza no mundo, estes serão colocados dentro do mesmo conceito de coparticipação, podendo-se entender o Copagamento como aquela situação em que a parcela do beneficiário é definida por um valor fixo e a coparticipação como sendo aquela parcela definida em percentual. Vê-se, ainda, a adoção de franquia e Coseguro que representa, em geral, a cobrança de um percentual após o atingimento do valor de franquia.

26. Tais mecanismos são mais comuns em consultas simples e com especialistas, mas também se encontram previstos para internações em alguns países.

27. Os dados apresentados apresentam algumas limitações, como, por exemplo, tratarem-se de compilados simplificados dentro de sistemas bem mais complexos em razão da metodologia adotada para coleta de dados pela OCDE.

28. Por esta razão passamos para uma análise um pouco mais aprofundada de 3 (três) sistemas de saúde acima mencionados, especificamente os sistemas holandês, americano e do Reino Unido.

29. Desses sistemas temos um cujo custeio se dá exclusivamente por impostos, sendo os planos de saúde uma espécie de “atalho” para obtenção de atendimento mais rápido; um sistema basicamente privado, cujo custeio público se mostra exceção e outro que traz um financiamento misto.

#### II.1.1– MODELO AMERICANO:

30. O modelo americano de planos de saúde adota como regra a utilização de fatores de moderação, sendo apenas residual o percentual de planos não moderados. O [site http://www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) traz diversos conceitos e regras aplicáveis aos planos de saúde nos Estados Unidos.

31. Tem-se como padrão a divisão dos planos pelo “critério dos metais”, com denominação de plano “bronze”, “prata”, “ouro” e “platina”, conforme o percentual dos custos a serem arcados pelo beneficiário<sup>8</sup>, conforme tabela abaixo (Figura 8):

	Beneficiário Paga	Seguradora Paga
Bronze	40%	60%
Prata	30%	70%
Ouro	20%	80%
Platina	10%	90%

FIGURA 8

32. Os planos de saúde no mercado americano incluem, além do percentual de coparticipação, a previsão de franquia (deductible), havendo ainda dois tipos específicos de planos de saúde, os “High Deductible Health Plans”, cujos valores de franquia e despesas do próprio bolso do beneficiário são significativamente mais altos, ainda que dentro de um limite determinado e os “Catastrophics Plans”, cuja contratação está restrita a um grupo com riscos menores e apresenta valores de mensalidades menores em contrapartida a eventuais participações maiores que aquelas previstas para o plano bronze.

33. No modelo americano trabalha-se com uma série de conceitos abaixo expostos:

- **Copagamento:** Estipulado em valores fixos, incidindo após se atingir a franquia estipulada em contrato.
- **Cosseguro:** É estipulado em percentual, incidindo após atingido valor estipulado para franquia. É uma coparticipação que incide após o atingimento do valor anual de franquia;
- **Deductible (Franquia):** É o valor que o consumidor tem que pagar ao prestador antes da operadora de plano de saúde começar a assumir os custos
- **Out-of-Pocket:** Valor desembolsado diretamente pelo beneficiário.
- **Stop Loss:** É o valor anual máximo que um segurado poderá desembolsar no pagamento de serviços de saúde. É a soma do dedutível + out of pocket. Qualquer valor acima desse será custeado pela seguradora.

34. Importante sinalizar que para o modelo cujo financiamento se dá por fonte privada está previsto um limite anual de gastos pelo beneficiário, que se encontra no conceito de *stop loss*.

35. É possível observar que no modelo norte-americano se admite a redução nos valores de franquia e coparticipação em razão da utilização de rede referenciada pela operadora havendo modalidade de plano específica<sup>9</sup>

<sup>8</sup> <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>

<sup>9</sup> <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plan-types/>

36. Também se observa no modelo americano a existência de diversos procedimentos de caráter preventivo que estão isentos de franquia e coparticipação<sup>10</sup>, bem como a incidência de alguns benefícios sociais<sup>11</sup>.

## II.1.2 – MODELO BRITÂNICO:

37. Em posição oposta ao modelo americano encontra-se o modelo inglês, que possui a característica de ser um modelo de atenção à saúde Pública e Universal, contexto no qual os planos de saúde assumem um papel coadjuvante na prestação dos serviços.

38. No momento em que a prestação se dá através do sistema público, há uma necessidade menor de proteção pelo Estado para a prestação dos serviços pela entidade privada, pelo que o sistema admite algumas exclusões que não se aplicam, por exemplo, no modelo brasileiro, como a exclusão absoluta para doenças e lesões preexistentes, bem como para o custeio de tratamentos para doenças crônicas, que assim são realizados pela via pública.

39. Alguns conceitos usados no modelo britânico são:

- **Excess:** Semelhante a Franquia, podendo se dar em valor agregado ou por procedimento.
- **Fee Assured:** Cobertura garantida pelo Plano de Saúde, acima deste valor a despesa correrá por conta do beneficiário.
- **Outpatient Limits:** Limite de cobertura para procedimentos diagnósticos ou terapêuticos realizados em hospitais. Uma vez atingido o limite da cobertura incidirá o “excess” + out-of-pocket.
- **No claims Discount:** Seguradoras oferecem descontos pela não utilização do plano de saúde.

40. Diferentemente do modelo brasileiro, em que, não obstante haja previsão de um Sistema Público Universal, representado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, na Grã-Bretanha há uma efetiva diferenciação dos serviços prestados pelo Estado e pelas empresas privadas que atuam mais como facilitadoras de acesso e não propriamente como provedoras de saúde.

41. Desta forma as normas para utilização de mecanismos de regulação são bem mais flexíveis e características como o “bônus” pela não utilização do seguro são bem próximas das características existentes nos demais contratos de seguro.

## II.1.3 – MODELO HOLANDÊS:

42. No Modelo Holandês há um Plano de Saúde subsidiado pelo próprio Estado, sendo de adesão obrigatória para todo cidadão contribuinte ou residente em seu território. Esse plano de saúde comporta, no entanto o pagamento de “excess” (franquia) quando da sua utilização, estando excetuados alguns grupos, como idosos, grávidas e crianças que possuem isenções.

<sup>10</sup> <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

<sup>11</sup> <https://www.healthcare.gov/glossary/cost-sharing-reduction/>



43. Parte-se da premissa de uma competição ampla no mercado, com as seguradoras podendo precificar livremente seus produtos e poderão fazê-lo conforme a utilização dos planos de saúde, pelo que, entende-se, que o beneficiário, ao vislumbrar a diferença de preço existente seja mais crítico com relação ao preço e a qualidade dos serviços prestados.

44. De forma semelhante ao modelo americano, aqui também se comporta a diferenciação de planos por categorização. Na Holanda existe o instituto da franquia voluntária, em que o próprio beneficiário escolhe se irá pagar um determinado valor de franquia que é predeterminado, podendo ser de €100,00; €200,00; €300,00; €400,00 ou €500,00.

45. Também se aplica na Holanda o bônus pela não utilização ou pouca utilização do Plano de Saúde, numa clara aproximação aos demais contratos com natureza securitária. Maiores detalhes sobre o Modelo Holandês podem ser lidos no Artigo Científico nº 40, referenciado no parágrafo 107, item II.3.5 deste relatório.

## **II.2 – DA LEGISLAÇÃO VIGENTE:**

46. Os mecanismos financeiros de regulação encontram amparo legal na Lei nº. 9.656/98 e na Lei nº. 9.961 de 28 de janeiro de 2000, embora só sejam efetivamente definidos pela Resolução CONSU nº 08/98, uma vez que as Leis Federais apenas citam sua existência e a competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar para normatizar e avaliar o tema, conforme depreende-se da leitura dos artigos abaixo enxertados:

Lei 9656/98:

*Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:*

*(...)*

*§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:*

*(...)*

*d) mecanismos de regulação;*

*Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:*

*(...)*

*VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;*

*Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de*

vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

(...)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a **co-participação** do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Lei 9961/00:

Art. 4º Compete à ANS:

(...)

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

(...)

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

47. A norma regulamentadora trouxe uma série de definições acerca dos Mecanismos de Regulação, mas esse documento propõe-se a discutir apenas aqueles Mecanismos Financeiros de Regulação, restringindo-se aos institutos da coparticipação e franquia, razão pela qual destacam-se os seguintes artigos da Resolução CONSU 08/98:

Art. 1º O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde de que trata o Inciso I do § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional, na Lei nº 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos.

(...)

§ 2º - As operadoras de seguros privados somente poderão utilizar mecanismos de regulação financeira, assim entendidos, franquia e co-participação, sem que isto implique no desvirtuamento da livre escolha do segurado.

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

(...)

VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.



*Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:*

*I – "franquia"<sup>12</sup>, 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 cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;*

*II – "co-participação"<sup>13</sup>, a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.*

*Parágrafo único - Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.*

*Art. 4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:*

*I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:*

*a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;*

*(...)*

*VI – informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;*

*VII – estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.*

45. Adicionalmente, a questão referente à incidência de coparticipação em procedimentos ligados a saúde mental encontra-se atualmente disciplinada pela Resolução Normativa – RN nº 428 de 07 de novembro de 2017:

*Art. 22. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:*

<sup>12</sup> Consta a seguinte definição no Glossário Temático da Saúde Suplementar, 2ª edição:

<sup>13</sup> Consta a seguinte definição no Glossário Temático da Saúde Suplementar, 2ª edição:

*I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;*

*II - quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:*

*a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e*

*b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.*

46. O tema ainda é abordado em norma que regulamenta o §6º, do art. 30, da Lei 9656/98, sem inovar em relação ao que já era previsto pela Resolução CONSU nº 08/98.

47. Isto posto, e, considerando que a ANS detém atribuições legais conferidas pela Lei 9.961/00 para normatizar o tema, sobretudo pelos artigos abaixo citados, passa-se ao relatório e análise:

*Art. 4º Compete à ANS:*

*(...)*

*VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;*

*(...)*

*XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;*

*(...)*

*Art. 10. Compete à Diretoria Colegiada:*

*(...)*

*II - editar normas sobre matérias de competência da ANS;*

### **II.3 – HISTÓRICO DE DISCUSSÕES NA ANS:**

48. O tema “Mecanismos Financeiros de Regulação” já foi objeto de diversas discussões dentro da ANS, incluindo duas Consultas Públicas, as de número 24/2006 e 60/2016. Além dessas consultas formais, ainda foi objeto, no ano de 2012, de Câmara Técnica em que foi discutido em conjunto com os demais Mecanismos de Regulação e, em 2015, de Grupo de Trabalho no âmbito da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

### II.3.1 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.140914/2005-11

49. A Consulta Pública de 2006 se originou do Processo Administrativo nº 33902.140914/2005-11, encaminhada através da Nota Técnica nº 08/2005/GGTAP/GGEOP/GGEFP/DIPRO, ou seja, de um trabalho conjunto de todas as Gerências-Gerais da Diretoria de Produtos.

50. A Nota ocupava-se de estabelecer diversos conceitos abaixo transcritos:

*(a) Franquia: É o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.*

*(b) Coparticipação: É a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.*

*(c) Fator Restritor Severo: É a participação financeira sob a responsabilidade do beneficiário, estabelecida contratualmente, cujo valor seja superior aos tetos máximos estabelecidos na Resolução.*

*(d) Financiamento Integral: É o valor referente a participação financeira sob a responsabilidade do beneficiário, estabelecido contratualmente, que caracterize o financiamento total.*

*(e) Consultas Médicas: Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em que a despesa seja restrita ao ato da consulta.*

*(f) Exames complementares: Método de auxílio diagnóstico, realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.*

*(g) Atendimentos a pacientes utilizando métodos de tratamento realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.*

*(h) Outros atendimentos ambulatoriais: Atendimentos com procedimentos (exceto exames complementares, terapias e consultas médicas) realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas utilizados na execução dos procedimentos.*

*(i) Internações: atendimentos prestados a paciente admitido para ocupar leito hospitalar em enfermaria, quarto, ou unidade de curta permanência, terapia intensiva ou semi-intensiva.*

51. A Nota apresentava como metodologia para definição do cálculo da proposta a utilização de dados do Sistema de Informação dos Produtos - SIP, informados pelas operadoras, conforme abaixo transcrito:

*A nossa metodologia foi fundamentada a partir da construção dos valores a serem utilizados como parâmetros de avaliação da co-participação e franquia, baseado nos dados do Sistema de Informação dos Produtos (SIP), referente a custos e frequências, somente para a carteira dos planos individuais/familiares das operadoras médico-hospitalares.*

*(...)*

*Para realizar a estimativa dos valores de co-participação e franquia a serem aplicados, adotou-se como base de cálculo, por margem de segurança, o limite superior do intervalo de confiança apurados no período de outubro de 2003 a setembro de 2004 das tabelas de custo e frequência (...)*

52. Não consta da Nota um parâmetro objetivo que defina com precisão a razão dos percentuais propostos, tendo se baseado nas informações de valores do SIP, cujo valor médio máximo informado de R\$ 3.270,00 dizia respeito às internações, para definir faixas de 10, 20 e 30%.

53. Observa-se que o escalonamento teve como critério o valor dos procedimentos apurados no SIP, sendo maior o percentual para procedimentos de custo menor, seguindo-se uma lógica de proporcionalidade, contudo os percentuais propostos não se encontram embasados em qualquer tipo de análise que indique a existência de um ponto ótimo para afastar exclusivamente a utilização não fundamentada/necessária do plano de saúde.

54. A proposta original ainda trazia um limite de exposição financeira que ia até 3 (três) contraprestações pecuniárias no caso de despesas com internações; 2 (duas) contraprestações para despesas relativas a procedimentos mais complexos; e 1 (uma) para procedimentos simples, sem especificar o que deveria ser feito acaso existissem despesas dos três tipos. Previa, ainda, que valores que excedessem esses limites poderiam ser divididos em meses subsequentes.

55. A proposta foi alterada após apontamento da Procuradoria, restringindo a exposição do beneficiário a apenas uma contraprestação sem previsão de redistribuição dos excedentes nos meses subsequentes, independente do procedimento utilizado, seguindo, então, para consulta pública.

56. Embora não tenha sido juntado no processo qualquer documento relativo às contribuições recebidas, tampouco análises das mesmas, ao final, apresentou-se nova proposta<sup>14</sup>, datada de 2010, que trouxe percentuais semelhantes à proposta submetida à consulta pública, retirando, contudo, a vinculação dos valores de coparticipação aos valores informados no SIP e possibilitando, em alguns casos específicos, coparticipações em percentuais maiores, **alcançando até 50% nos procedimentos mais simples**. Adicionalmente, introduziu as isenções de cobrança em procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva.

<sup>14</sup> Foi incluído um quadro comparativo entre a proposta submetida à Consulta Pública e a proposta final no processo nº 33902.140914/2005-11 (fls. 91/94);

57. No Despacho nº 176/2010/GGEFP/DIPRO/ANS, introduziu-se na discussão a ideia de risco moral:

*A fim de evitar gastos excessivos, realizados voluntariamente pelos consumidores (risco moral), é que definimos mecanismos financeiros que estimulem o uso racional do plano, como fator moderador.*

(...)

*Com intuito de verificar o impacto regulatório desta questão, avaliando a atual utilização dos fatores moderadores do mercado, bem como para discutir possíveis metodologias para definição dos limites, foi agendada reunião com o Instituto Brasileiro de Atuária – IBA, ocorrida em 14 de dezembro de 2009.*

*Na referida reunião, a comissão de saúde do IBA apresentou estudo de caso de uma operadora específica<sup>15</sup>, cujo objetivo seria definir o limite para inclusão de fator moderador a partir do qual não há redução no contingente de beneficiários que irá utilizar o plano (não haveria mais a redução da frequência de utilização).*

(...)

*A conclusão do estudo reporta à importância do fator moderador para o equilíbrio econômico-financeiro dos planos de saúde e a decorrente redução de preços de venda, corroborando as considerações técnicas apresentadas anteriormente.*

*Não foi possível, por fim, determinar qual seria o limite ideal. De toda forma, não se pode afirmar que este estudo seria suficiente para a determinação dos limites, pois mesmo que a utilização não se alterasse a partir de um determinado ponto, poderia ainda haver interesse dos beneficiários nestes planos em função da redução de preços.*

*Além da apresentação do estudo, foi também discutido como se dá a adoção dos fatores moderadores no mercado. Ressaltou-se que, apesar do estudo em questão se tratar de uma amostra, ela corresponde à realidade do mercado, onde os planos com coparticipação e/ou franquias mais elevadas possuem limitador em valor, por necessidade comercial (a inexistência dos mesmos não atrai beneficiários aos planos).*

*A partir do discutido na reunião com o IBA, considerou-se que os limites estabelecidos na última versão do normativo estão compatíveis com a realidade do mercado. Ressalta-se também que não se verifica nesta Gerência-Geral grande quantidade de demandas de beneficiários sobre esse assunto. Sob o ponto de vista técnico, observa-se que as questões de risco foram consideradas, dadas as diferenciações de limites para o fator*

<sup>15</sup> O mencionado estudo é documento integrante do processo nº 33902.140914/2005-11 (fls. 83/89);

*moderador por procedimento. Desta forma, entende-se não haver necessidade de revisão dos percentuais sugeridos.*

58. Por fim, consta do processo “Estudo Técnico para o estabelecimento dos limites do fator moderador baseado nos dados de NTRP” que:

*Cabe destacar que o presente estudo não se sujeita a alterar os parâmetros determinados originalmente, mas apresentar outra forma de determinar os valores limites para inclusão de fatores moderadores nos planos de saúde, dando maior clareza para o beneficiário do limite do fator moderador no momento da contratação do plano.*

59. Para uma melhor visualização da proposta final surgida no âmbito do processo nº 33902.140914/2005-11 apresenta-se a tabela abaixo com alguns tópicos importantes a serem analisados:

	<b>Proposta CP24</b>	<b>Proposta 2010</b>
<b>Percentual máximo de Coparticipação</b>	30%	30% podendo chegar a 60%
<b>Coparticipação Internação</b>	10%, conforme informação SIP	40% da mensalidade da última faixa
<b>Coparticipação Terapias para doenças Crônicas</b>	20%	Vedado
<b>Existência de isenções</b>	Não	Alguns tratamentos de doenças crônicas
<b>Limite de exposição Financeira</b>	2x o valor da contraprestação	Sem limite
<b>Reajuste nas tabelas</b>	Limitados ao valor do reajuste anual aplicado	Previsão somente para contratos individuais, limitado ao índice ANS. Livre para Coletivos
<b>Possibilidade de custeio integral de procedimento</b>	Não	Não

## II.3.2 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.227509/2012-35

60. A revisão dos Mecanismos de Regulação passou a integrar a Agenda Regulatória da ANS para o biênio de 2011/2012, pelo que se instaurou a Câmara Técnica para discussão do tema após deliberação ocorrida na 335ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada.

61. No âmbito da Câmara Técnica a ANS recebeu diversas contribuições sobre o tema advindas de entidades representativas de operadoras e consumidores, entre outras.

62. Em complementação ao estudo apresentado no Processo 33902.140914/2005-11 o Instituto Brasileiro de Atuária apresentou uma tabela demonstrando que dentre a

população pesquisada havia uma tendência pela escolha de plano com até 50% de coparticipação em razão do menor valor de mensalidade:

*Observem no quadro abaixo que as singulares tem produtos registrados e ativos nas diversas co-participações, os quais são todos efetivamente oferecidos, ficando à opções dos beneficiários escolherem a alternativa que melhor se adapte ao seu orçamento e recursos assistenciais disponíveis na sua região. Os dados mais recente são:*

**Beneficiários por Co-participação**

<b>% Co-Part.</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>0%</b>	57.991	61.311	63.916
<b>20%</b>	89.929	97.046	104.551
<b>30%</b>	186.458	184.990	184.808
<b>50%</b>	133.986	155.662	178.621
<b>Total</b>	<b>468.364</b>	<b>499.008</b>	<b>531.896</b>

**B – Quadro em % - Proporcional:**

<b>% Co-Part.</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>0%</b>	12%	12%	12%
<b>20%</b>	19%	19%	20%
<b>30%</b>	40%	37%	35%
<b>50%</b>	29%	31%	34%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

63. No curso da Câmara Técnica a ANS apresentou as seguintes premissas e indagações:

- Não pode haver financiamento integral do procedimento pelo beneficiário (Lei 9.656/98 – Conceito de Plano de Saúde);
- Conceito para franquia: valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede assistencial no ato da utilização do serviço;
- Conceito para coparticipação: valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, a ser pago pelo beneficiário à operadora de plano privado de assistência à saúde, referente à realização do procedimento;
- Fator moderador em moeda corrente ou percentual?

- Estabelecimento de limites para o valor do fator moderador, sendo até 30% em procedimentos ambulatoriais e até 20% para os PAC, tendo como referência o valor do procedimento pago pela operadora ao prestador;
  - Caso a operadora estabeleça o valor do fator moderador por grupo de procedimentos, deverá observar o valor do procedimento mais barato do grupo para verificação do limite;
  - Limite de 40% do valor da contraprestação pecuniária do plano, relativo à última faixa etária, para as internações;
  - Em Pós-Pagamento: o limite do valor fixo estabelecido em moeda corrente no contrato irá considerar 10% do valor médio de internação na época da contratação do plano;
  - Internação Psiquiátrica: manutenção do disposto no artigo 18 da RN 211/10;
  - Avaliar a possibilidade de cobrança de fator moderador para procedimentos de urgência e emergência;
  - O valor do fator moderador deverá ser estabelecido por evento, caracterizado da entrada até a efetiva alta do beneficiário;
  - O valor do fator moderador determinado para a internação não poderá ser parametrizado por número de diárias (exceto para internação psiquiátrica), procedimentos, patologias e utilização de OPME;
  - Vedar a utilização de fator moderador nos seguintes casos:
    - Procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva (tratamentos sequenciais ou contínuos);
    - Em planos que prevejam atendimento básico realizado por médico ou odontólogo no qual será feito o encaminhamento a serviços especializados, quando necessário;
    - Participação em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
    - Durante a gestação e puericultura (em procedimentos decorrentes da gestação);
    - Acompanhamento de doenças crônicas
  - Para os planos sujeitos à autorização de reajuste por parte da ANS, os valores relacionados ao fator moderador não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária;
  - Para os planos coletivos, os valores relativos ao fator moderador poderão sofrer alteração de acordo com a negociação entre as partes, ficando sujeitos à comunicação de reajustes à ANS
  - Avaliar a adoção de mecanismos de regulação financeira diferenciados por prestador.
64. Após análise das contribuições enviadas pelas entidades participantes a ANS emitiu algumas ponderações direcionando sua proposta:
- Financiamento integral do procedimento: os limites estabelecidos no novo normativo não serão obrigatórios para os procedimentos não constantes do rol de



procedimentos, bem como para coberturas adicionais, desde que não ocorra o financiamento integral do procedimento;

- Não será permitido o pagamento direto ao prestador, pois o contrato do beneficiário é com a operadora;
- Submissão de análise do conceito de “pagamento integral do procedimento para a Procuradoria”<sup>16</sup>;
- Quanto ao paralelo com o HSA americano<sup>17</sup>, o entendimento da ANS para o regime misto de financiamento é que uma poupança deste tipo seria direcionada ao pagamento das mensalidades no futuro, tendo em vista o comprometimento da renda dos mais idosos e o envelhecimento da população;
- Acatar proposta de definição do estabelecimento de percentual para coparticipação e moeda corrente para franquia
- Nenhum pagamento integral deverá ser permitido. O percentual limitador da coparticipação é necessário para delinear o limite entre “regulação do mau uso” e “inibição do uso” sendo obrigação da ANS cuidar para que isso não ocorra;
- O valor do fator moderador poderá estar limitado a um valor correspondente a percentual da mensalidade da última faixa etária, para todos os procedimentos, assim como já proposto nos casos de internação.
- Será analisada a possibilidade de estabelecer limite de 50%.
- A operadora é livre para adotar o fator moderador ou não (em resposta a proposta de vedação da utilização de fator moderador para internação).
- Avaliar melhor premissa do fator moderador em planos de pós-pagamento.
- As coparticipações devem ser vinculadas aos procedimentos. Em caso de OPME, a coparticipação deve estar vinculada ao procedimento e não ao material. Assim sendo, deve ser observado o limite definido em contrato para este evento, seja decorrente de internação ou procedimentos ambulatoriais.
- Em estudo, o escalonamento será analisado, desde que o valor máximo cobrado esteja de acordo com os limites impostos no normativo e que não haja financiamento integral do procedimento (sobre a possibilidade de se utilizar o mecanismo de regulação, por diária, em internação).
- Reitera que não haverá mudança nas previsões sobre internações psiquiátricas.
- Apenas em planos com fator moderador poderá haver a cobrança de fator moderador em internações psiquiátricas. Nos planos que não prevejam fator moderador, só poderá haver previsão a partir do 30º dia.
- Acatada contribuição sobre cobrança de mecanismo de regulação em procedimentos de urgência e emergência, pois “tal isenção poderia de certa forma estimular o uso em demasia de pronto atendimentos.
- Acatada sugestão de condicionar a isenção para “acompanhamento de doenças crônicas” aos programas de Promo-Prev, além de melhor definição do que se enquadraria neste conceito.

---

<sup>16</sup> Este tema será oportunamente revisitado neste documento.

<sup>17</sup> <https://www.healthcare.gov/glossary/health-savings-account-HSA/>

- Acatada a sugestão de condicionar a isenção para o período de gestão e puericultura a participação em programas de Promo-Prev.
  - Acatar a possibilidade de se valer de isenções em mecanismos de regulação para direcionamento de rede.
  - Acatada contribuição sobre a possibilidade de previsão de tabela com valores de procedimentos: A tabela irá trazer maior transparência para as cobranças e servirá para manter atualizados os valores de coparticipação estipulados em percentuais aplicáveis aos valores dispostos na tabela.
  - A ideia é que a tabela de referência possua os valores pagos pela operadora aos prestadores por procedimento e não por prestador. Todos os beneficiários pertencentes ao mesmo plano e contrato, quando utilizarem um mesmo procedimento devem pagar o mesmo fator moderador independente do prestador escolhido. Fica facultada à operadora a isenção da cobrança do fator moderador em determinados prestadores, desde que previsto em contrato.
  - Vedação da cobrança de coparticipação antes da efetiva realização do procedimento.
  - Considerando que a presença de fator moderador é uma característica do produto, a sua alteração desconfiguraria o produto originalmente registrado.
  - Possibilidade de cobrança de multa por parte da operadora pela ausência/atraso do beneficiário em consulta/procedimento agendado, desde que a operadora também fosse obrigada a arcar com multa no caso de atraso/ausência do prestador.
  - Serão avaliadas como as regras serão aplicadas aos contratos vigentes antes da publicação de novo normativo.
65. Após nova rodada de contribuições a ANS apresentou as seguintes conclusões:
- O valor moderador para consultas, exames e internação poderá ser de até 50% do valor pago pela operadora ao prestador, limitado a 50% do valor da contraprestação pecuniária da última faixa etária.
  - Nos planos com formação de preço pós estabelecido o valor limitador deverá corresponder a 12% do valor médio de internação da operadora (equivalente a regras da faixa etária, onde 12% correspondem aos 50% da última faixa etária).
  - A incidência dos fatores moderadores poderá ser escalonada (por diária de internação), desde que o critério fique claramente estabelecido em contrato e observe os limites estabelecidos.
66. Por fim a ANS apresenta as seguintes conclusões:
- **Fator moderador:** É a participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele realizado, estabelecida no contrato de plano privado de assistência à saúde, na forma de franquia ou coparticipação.
  - **Franquia:** Fator moderador estabelecido em moeda corrente e pago à operadora de plano privado de assistência à saúde.
  - **Coparticipação:** Fator moderador estabelecido em formato de percentual e pago à operadora de assistência à saúde.

- Nos planos coletivos, nos termos do art. 8º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, a responsabilidade pelo pagamento do fator moderador à operadora é da pessoa jurídica contratante, observadas as exceções dispostas no parágrafo único do artigo em questão.
- O fator moderador estabelecido contratualmente não poderá ultrapassar o equivalente a **50% do valor de cada procedimento pago pela operadora ao prestador.**
- O estabelecimento do fator moderador fica ainda limitado ao valor correspondente a **50% da contraprestação pecuniária da última faixa etária do plano** na data da assinatura do contrato.
- Nos planos com formação de preço pós-estabelecido o valor limitador deverá corresponder a 12% do valor médio de internação da operadora.
- A apuração do valor médio de internação deverá estar devidamente justificado em documento técnico, que poderá ser solicitado à qualquer momento para verificação.
- O fator moderador disposto em contrato para internações hospitalares aplica-se para todas as especialidades, inclusive para internação psiquiátrica.
- É permitida a fixação de fator moderador, crescente ou não, no limite de 50% do valor contratualizado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internação psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato.
- Os limites estabelecidos não se aplicam aos serviços complementares desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.
- O limite estabelecido deverá incidir em tabela de referência previamente e permanentemente divulgada pela operadora em seu site, exceto no que se refere às internações, observados os seguintes requisitos:
  - Deverão constar da tabela o custo de cada procedimento ou grupo de procedimentos onde for possível a incidência do fator moderador;
  - Os custos de cada procedimento ou grupo de procedimentos deverão refletir o menor valor pago pela operadora a seus prestadores, não sendo possível a ocorrência de mais de um valor para um mesmo procedimento;
  - A tabela de referência deve ser permanentemente atualizada, de acordo com o resultado das negociações entre a operadora e seus prestadores.
- A incidência dos fatores moderadores poderá ser escalonada, desde que o critério fique claramente estabelecido em contrato e observe os limites estabelecidos.
- Será permitida a isenção da cobrança do fator moderador, desde que o critério esteja claramente disposto no contrato.
- Nos planos coletivos empresariais, para fins de verificação da contraprestação pecuniária da última faixa etária, deve-se considerar a tabela de custo por faixa etária de que trata o art. 15 da Resolução Normativa nº 279, de 2011.
- Vedações:

- Fator moderador que configure financiamento integral do procedimento;
  - Pagamento de fator moderador diretamente ao prestador;
  - Exigência de fator moderador no ato da autorização do procedimento;
  - Fator moderador em plano que possua mecanismo de regulação assistencial que preveja atendimento básico realizado por médico ou odontólogo no qual será realizado o encaminhamento a serviços especializados, quando necessário;
  - Fator moderador para os procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva;
  - Indexação do valor de fator moderador por procedimento e/ou patologias em internações;
  - Fator moderador diferenciado por prestadores, ressalvados os casos de isenção da cobrança do fator moderador;
  - Fator moderador específico para órteses, próteses e medicamentos especiais (OPME), devendo restringir-se ao fator moderador do procedimento realizado;
  - Fator moderador em procedimentos decorrentes de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças do qual o beneficiário participe.
- Para os planos individuais ou familiares, os valores relativos ao fator moderador não poderão sofrer reajuste superior ao reajuste anual autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária, observados os limites estabelecidos.
  - Para os planos coletivos é livre a negociação para alteração dos valores ou percentuais de fator moderador, observados os limites estabelecidos, devendo ser comunicadas à ANS na forma prevista na Instrução Normativa nº 13 da DIPRO, de 2006.
  - Em quaisquer das hipóteses de reajuste, deve ser preservada a anualidade dos contratos.
  - Nos casos em que couber reembolso de despesa que possua previsão de fator moderador, poderá ser descontado o valor referente à participação do beneficiário, sendo vedado:
    - Reembolsar ao consumidor as despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha, com valor inferior ao praticado diretamente na rede assistencial da operadora; e
    - Reembolsar ao consumidor as despesas médicas provenientes de planos exclusivamente livre escolha, com valor inferior ao efetivamente pago pelo beneficiário.
  - Quando da inclusão de um novo procedimento no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, deverá ser observado:
    - Se o novo procedimento pertencer a um grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum fator moderador, o novo procedimento receberá o mesmo fator moderador de seu grupo;

- Se o novo procedimento não pertencer a nenhum grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum fator moderador ou se o plano estabelecer fatores moderadores individualmente para cada procedimento, caberá à operadora definir se haverá fator moderador para o novo procedimento e qual será este valor.

67. A Câmara Técnica não resultou, no entanto, em efetiva proposta de minuta. As análises feitas pela ANS constam de apresentações em Power Point, não havendo documento técnico para subsidiar as premissas e definições postas.

68. Em razão de proposta apresentada pela entidade Fenasaúde, foi instaurado um terceiro processo sobre o tema para análise pontual de aspecto jurídico relevante.

### II.3.3 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.527905/2012-60

69. No curso da Câmara Técnica analisada no tópico anterior a Fenasaúde apresentou proposta de flexibilização de conceito para permitir uma melhor utilização do mecanismo da franquia, tendo sido a mesma encaminhada para a análise da Procuradoria Federal:

*Durante as discussões técnicas da Câmara, o mercado regulado questionou esta Agência sobre a possibilidade de oferecimento de um produto com a estipulação de uma franquia mínima a ser paga pelo beneficiário para utilização dos serviços de saúde, funcionando de maneira bastante similar ao conceito consagrado de franquia no mercado segurador de automóveis.*

*(...)*

*Embora a proposta trazida pelo mercado regulado já tenha uma experiência de longa data no mercado segurador de automóveis, vislumbra-se uma possível resistência com base na interpretação do conceito de plano privado de assistência à saúde, trazida pelo inciso I do art. 1º da Lei 9656/98, e esquadrihada no inciso III do art. 2º da Resolução CONSU nº 08/98.*

*No entanto, tendo por base a fundamentação apresentada, cabe uma consulta formal a essa Procuradoria a fim de esclarecer se esta Agência poderia, dentro de seu escopo regulatório, pensar e estudar tecnicamente a criação de um produto com estipulação de franquia ou se, efetivamente, o conceito de cobertura integral do risco por procedimento coberto pelos planos privados de assistência à saúde, explicitado nos pareceres acima colacionados, não admite qualquer exceção legal.*

70. Em conclusão a PROGE orientou que:

*Pelo exposto, considerando a previsão do inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, entende-se que a definição do conceito de franquia pela ANS deve se atentar para a vedação legal de que a assistência (o procedimento) seja custeado integralmente pelo consumidor, além das demais restrições inerentes a*

*qualquer fator de moderação (como, por exemplo, não ser capaz de restringir a utilização pelo beneficiário)<sup>18</sup>.*

71. O processo foi remetido para a Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos – GGEFP/DIPRO que passou a trabalhar em cima da proposta de normativo, sendo certo que as análises técnicas para a proposta final e um rascunho de minuta constam deste processo.

72. Consta do processo a Nota 43/2013/GGEFP/DIPRO/ANS com a análise de diversos pontos sobre o tema Mecanismos Financeiros de Regulação que subsidiaram a elaboração de proposta.

73. Acerca da conceituação do que seriam os mecanismos de coparticipação e franquia estabeleceu-se como diferencial a forma de definição dos mesmos, se por um percentual enquadrar-se-ia como coparticipação, se em moeda corrente como franquia.

74. Acerca dos limites para os fatores moderadores a Nota em **comento** afirma que foram feitas alterações nos percentuais anteriormente previstos pois estes careceriam de fundamentação técnica robusta.

75. A seguir passa-se a transcrever algumas das fundamentações técnicas trazidas pela nota:

*(sobre a previsão da elaboração de tabela de referência) A imposição da limitação foi baseada no conceito de que o beneficiário não pode arcar com a maior parte dos custos de sua assistência. Já a tabela de referência busca transparência, bem como a real e prévia ciência dos beneficiários para com seus eminentes custos. A exigência de um valor único por procedimento ou grupo de procedimentos visa facilitar o entendimento do beneficiário, bem como evitar um possível “direcionamento por custo” confundindo-se com outro tipo de mecanismo de regulação.*

*(o estabelecimento de limite) visa evitar que o beneficiário tenha que arcar com valores muito elevados, decorrentes de procedimentos muito caros quando necessário ou ainda que o fator moderador venha a acarretar a não utilização do benefício contratado.*

*(Percentual de 50%) foi calculado a partir das informações das NTRPs (dados de custo e frequência de internações, excluídos os outliers pela metodologia Box-plot 1.0). Observou-se o custo anual por exposto de uma internação seria de R\$ 535,16. Sob o mesmo conceito de que “o beneficiário não pode arcar com a maior parte dos custos de sua assistência”, calculou-se a metade deste valor (R\$ 267,58), que foi comparado com a contraprestação pecuniária média da última faixa etária (R\$ 549,05). A relação entre os dois valores foi de 49% que, por*

---

<sup>18</sup> A discussão sobre o tema será oportunamente retomada nesta nota.

*arredondamento, de forma a facilitar a compreensão, resultou no percentual de 50% estabelecido.*

*(Não aplicação de limites para coberturas não previstas no rol) Considerando que os itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, não são de cobertura obrigatória, entende-se que a imposição de limitações poderia desestimular sua oferta por parte das operadoras. Desta forma optou-se por deixar a cargo dos envolvidos, a negociação de sua oferta e contratação, desde que as condições de utilização configurem claramente expressas em contrato e que não haja qualquer discriminação da suposta oferta entre os contratantes de um mesmo plano.*

*(utilização escalonada dos Fatores de Moderação) Entendeu-se que o escalonamento pode tornar o produto mais atrativo, bem como facilitar o entendimento do beneficiário sobre a incidência dos fatores moderadores.*

*(Sobre as vedações) A imposição da limitação (para o financiamento integral) foi baseada no conceito de que o beneficiário não pode arcar com a maior parte dos custos de sua assistência. Estipulando o limite de 50%.*

*(vedação pagamento do fator diretamente ao prestador) Tal posicionamento teve como fundamentação a possibilidade de o pagamento imediato ao prestador poder inibir a efetiva realização do procedimento ou mesmo retardá-lo. Ademais, considerando que o contrato do beneficiário é com a operadora, os pagamentos devidos devem ser a ela direcionados.*

*(exigência do fator moderador para autorização do procedimento) O pagamento do fator moderador não deve ficar vinculado a simples autorização para o procedimento, tendo em vista que a autorização não é garantia da efetiva realização do procedimento.*

*(exigência de fator moderador em consultas com generalistas, quando encaminhadas pela própria operadora, por outro mecanismo de regulação) A vedação proposta é na consulta com o médico generalista imposta pela operadora e não com o especialista que este vier a indicar. Entendemos que a consulta prévia com o médico generalista, quando imposta pela operadora, já é um mecanismo de regulação e por este motivo, agregado ao fato de não ser uma opção do beneficiário, não pode ser alvo de cobrança de fator moderador. Quando o plano não prever esta consulta imposta pela operadora, a cobrança de fator moderador poderá seguir seu curso normal, conforme previsão contratual.*

*(vedação para procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva)*

*Entende-se que a realização de tais procedimentos é condicionada à necessidade completamente alheia à vontade do beneficiário, por este motivo não deve ser alvo de fatores moderadores, tendo em vista que o foco deste mecanismo de regulação é justamente afastar o uso indiscriminado e por vezes desnecessário, mediante a participação do beneficiário nos custos que o mesmo produzir.*

*(vedação a previsão de fator moderador diferenciado por prestador) A exigência de um valor único por procedimento ou grupo de procedimento visa facilitar o entendimento do beneficiário, bem como evitar um possível “direcionamento por custo/prestador” confundindo-se com outro tipo de mecanismo de regulação. Porém, o grupo entendeu que é possível a isenção do fator moderador em determinados prestadores.*

*(vedação de fator moderador específico para OPME) Os fatores moderadores devem ser vinculados aos procedimentos. Em caso de utilização de OPME, o fator moderador incidente deve ser aquele do procedimento a ser realizado, não havendo vinculação com o material utilizado. Assim sendo, deverá ser observado o limite definido em contrato para este evento, seja decorrente de internação ou procedimentos ambulatoriais.*

*(vedação a previsão de fator moderador em procedimentos decorrentes de programas de promo-prev) A premiação, bem como o não desembolso adicional nos programas de PROMOPREV já são previstos em normativo específico. O Normativo de Mecanismos de Regulação cuidará apenas de vedar a cobrança de fator moderador quando o procedimento a ser realizado for decorrente de programa, visando estimular o ingresso do beneficiário no programa.*

*(Sobre reajustes) Seguindo a lógica do controle dos reajustes em planos individuais ou familiares, a atualização dos fatores moderadores deve seguir a mesma limitação.*

*As regras de reajuste foram pensadas de forma a manter a particularidade hoje existente em cada tipo de contratação e ao mesmo tempo garantir que os fatores moderadores não sofram reajustes que desconfigurem o contrato ou que fujam as limitações impostas no normativo.*

*Quando da previsão de novo procedimento no Rol de Procedimentos da ANS) I – Se o novo procedimento pertencer a um grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum fator moderador, o novo procedimento receberá o mesmo fator moderador de seu grupo; II – se o novo procedimento não pertencer a nenhum grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum*



*fator moderador ou se o plano estabelecer fatores moderadores individualmente para cada procedimento, caberá à operadora definir se haverá fator moderador para o novo procedimento e qual será este fator, observadas as regras dispostas na presente resolução.*

76. Para uma melhor visualização da proposta final surgida no âmbito da Câmara Técnica e do processo nº 33902.527905/2012-60 apresenta-se a tabela abaixo com alguns tópicos importantes a serem analisados:

	<b>Proposta CT 2013</b>
<b>Percentual máximo de Coparticipação</b>	50%
<b>Coparticipação Internação</b>	50%, conforme análise de informações das NTRPs
<b>Coparticipação Terapias para doenças Crônicas</b>	Vedada a coparticipação em Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva
<b>Existência de isenções</b>	Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva; possibilidade de isenções em prestadores específicos; para médicos generalistas cujo encaminhamento tenha sido feito pela própria operadora
<b>Limite de exposição Financeira</b>	50% da contraprestação da última faixa etária, na data de contratação do plano.
<b>Reajuste nas tabelas</b>	Limitados ao valor do reajuste anual aplicado
<b>Possibilidade de custeio integral de procedimento</b>	Não

#### II.3.4– PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.270680/2015-15

77. Através da Portaria da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, nº 02, de 29 de abril de 2015, foi instituído o Grupo de Trabalho – GT com o objetivo de elaborar proposta de revisão de norma sobre mecanismos de regulação “buscando garantir o acesso dos consumidores aos serviços de saúde contratados e sua qualidade assistencial, e rever conceitos abrangendo as atuais práticas do setor de saúde suplementar de forma compatível com os normativos vigentes”.

78. Por meio da Nota 181/2016/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS contextualizou-se o trabalho do GT, remetendo às discussões anteriores sobre o tema, apresentando como problemas a “presença de dilema entre o uso Mecanismo de Regulação que desincentive o Risco Moral, estimulando o uso consciente e a redução de acesso de serviços de saúde necessários a assistência à saúde” e a “Presença de lacunas regulatórias no Normativo vigente que trata do uso de Mecanismos de Regulação”.

79. O GT retomou a discussão sobre a amplitude do conceito de cobertura integral trazido pela Lei para afastar a possibilidade de adoção de modelo de franquia do mercado securitário no mercado de saúde suplementar.

*É vedada pela Lei 9656, de 1998, a comercialização de um produto com a adoção de 'Franquia' nos termos do mercado securitário, no qual a operadora só arcaria com custos dos procedimentos a partir do pagamento de um determinado valor pelo beneficiário, o que levaria à restrição de utilização de serviços de saúde, bem como à possibilidade de o beneficiário arcar integralmente com os custos de um determinado procedimento, contradizendo o que dispõe o inciso I, do Art. 1º, da Lei 9.656, de 1998.*

80. Acerca dos Mecanismos Financeiros de Regulação a Nota inicia estabelecendo conceito comum aos Mecanismos da Franquia e da Coparticipação, ou seja, trata-os como sinônimos com a alegação de que essa confusão conceitual já estava absorvida pelo mercado.

81. Como proposta o grupo sugeriu a manutenção das vedações já previstas na Resolução CONSU nº 08/98 que tratam da vedação do estabelecimento de mecanismo que caracterize o financiamento integral do procedimento por parte do usuário, fator restritivo severo ao acesso do serviço e estabelecimento de fator moderador em forma de percentual, além da vedação da exigência de pagamento no ato da autorização do procedimento; estabelecimento de fatores de moderação diferenciados por usuários, faixas etárias, grau de parentesco e enfermidades dentro de um mesmo plano; estabelecimento diferenciado do valor da participação financeira do beneficiário por prestadores, excepcionando-se em caso de porta de entrada, direcionamento de rede e rede própria da operadora e estabelecimento de participação financeira diferenciada por procedimentos, conjunto de procedimentos e/ou enfermidades em internações hospitalares, bem como em procedimentos ambulatoriais, referentes especificamente a utilização de OPME e medicamentos.

82. Apresenta, ainda, proposta de estabelecimento de tipos de planos coparticipativos com faixas que variariam entre 0-20%; 20-30% e 30-40% sobre o valor do procedimento, como limite para incidência do fator moderador.

83. Fundamentou-se o estabelecimento de “tipologias” na maior comparabilidade entre os produtos, favorecendo a análise dos beneficiários tendo como inspiração o mercado norte americano:

*Embora nos Estados Unidos os mecanismos de 'franquia' e 'coparticipação' sejam utilizados de uma forma muito mais generalizada, tendo a franquia nos moldes do mercado de seguro, o mercado americano tem a peculiaridade de dividir os planos de saúde do ponto de vista de coparticipação em quatro grupos, com valores máximos por grupo, o que confere uma uniformidade aos tipos de planos que podem ser comercializados. Entre os quatro grupos, pelo menos dois devem ser obrigatoriamente comercializados pelas operadoras em cada área de comercialização e o valor máximo de coparticipação é de 40%.*

84. Adota como requisitos, entre outros, a obrigatoriedade do pagamento direto à operadora, após a realização do procedimento; possibilidade de estabelecimento de percentuais diferentes por procedimentos ou grupos, desde que respeitados os limites da tipologia específica; coparticipação em internações deveria se dar com valor pré-fixado, previsto em contrato; a participação financeira máxima do beneficiário estaria limitada a duas vezes o valor de sua contraprestação pecuniária, sendo o 'fator restritor severo' aferido por este limite, que se relacionaria a capacidade de pagamento do beneficiário.

85. Em relação a vedações do estabelecimento de participação financeira dos beneficiários em procedimentos específicos a proposta elenca a hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva, com os limites previstos para implantação dos fatores moderadores, além de programas de Promo-Prev; alguns procedimentos de caráter preventivo e procedimentos e eventos voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.

86. Por fim apresenta como proposta de regramento de reajuste regras análogas às existentes para definição dos reajustes de planos individuais e coletivos, com a adoção do índice ANS para a primeira hipótese e livre negociação para a segunda hipótese.

87. Embora a nota mencione a realização de 10 reuniões o processo traz apenas uma ata de reunião ocorrida em 19/05/2015 e lista de presença das demais. Traz, ainda, uma apresentação em power point datada de novembro de 2015.

88. Por fim juntou-se ao processo o Relatório Inicial de AIR que não inova em relação a nota já comentada incorporando alguns tópicos próprios da AIR como a análise de cenários, a saber: Cenário 1: Regulamentação atual; Cenário 2: Nova regulamentação com limites financeiros estabelecidos por faixas; Cenário 3: Nova regulamentação com limite financeiro máximo sem definir faixa, tendo a alternativa 2 alcançado os melhores resultados quando da aplicação da ferramenta de análise de impacto regulatório.

89. Para uma melhor visualização da proposta final surgida no âmbito do Grupo de Trabalho, no processo nº 33902.270680/2015-15 apresenta-se a tabela abaixo com alguns tópicos importantes a serem analisados:

<b>Proposta GT 2015</b>	
<b>Percentual máximo de Coparticipação</b>	Tipos: até 20%, entre 20 e 30% e entre 30 e 40%
<b>Coparticipação Internação</b>	Em valor fixo
<b>Coparticipação Terapias para doenças Crônicas</b>	Vedada a coparticipação em Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva
<b>Existência de isenções</b>	Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva; possibilidade de isenções em prestadores específicos; programas de Promo-Prev; alguns procedimentos preventivos e saúde ocupacional na forma da legislação trabalhista
<b>Limite de exposição Financeira</b>	2X o valor da contraprestação do beneficiário.
<b>Reajuste nas tabelas</b>	Limitados ao valor do reajuste anual aplicado ou negociado entre as partes

**Possibilidade de custeio integral de procedimento** Não

### II.3.5 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33910.000554/2017-50

90. Foi criado, em 2016, o GT Interáreas para tratar de dois assuntos específicos, a Venda Remota de Planos de Saúde (Venda Online) que resultou na edição da RN 413/16 e Mecanismos Financeiros de Regulação.

91. O grupo técnico que discutiu a proposta se reuniu a primeira vez em 14/7 tendo realizado 5 (cinco) reuniões no total com a participação de cerca de 100 entidades, empresas e organizações estiveram presentes nas reuniões, com contribuições recebidas de cerca de 20, devidamente juntadas ao processo, além das apresentações realizadas durante as reuniões, uma vez que foi aberto espaço para que qualquer participante contribuísse com suas experiências e trabalhos a respeito do tema.

92. Foram realizadas reuniões em 14/07/16, 05/09/2016 no GT Interáreas e 31/10/2016, 22/11/2016 e 14/02/2017 no GT de Coparticipação e Franquia.

93. Em 14/07/16 as apresentações consistiram em:

- Carla de Figueiredo Soares, Diretora-Adjunta da DIPRO, apresentou um panorama sobre os mecanismos financeiros de regulação de uso de serviços na saúde suplementar, o que incluiu a justificativa de atuação regulatória, um diagnóstico situacional e a identificação dos problemas e de lacunas/falhas regulatórias, conforme destacado a seguir.
  - Presença de dilema entre o uso Mecanismo de Regulação que desincentive o Risco Moral, estimulando o uso consciente e a redução de acesso de serviços de saúde necessários a assistência à saúde.
  - Presença de lacunas regulatórias no Normativo vigente que trata do uso de Mecanismo de Regulação.
  - Franquia raramente é usada nos Planos Médico Hospitalares
  - Não estabelece regras claras para cobrança de fator moderador em internação;
  - Não estabelece limites para a cobrança de fator moderador para consultas, exames, terapias e internações;
  - Não define o que é Fator Restritor Severo.

E uma lista de pilares que deveriam embasar a nova regra:

- Clareza Contratual;
- Definição clara de limites e modelagem contratual da franquia e co-participação;
- Delimitação da incidência dos Fatores Moderadores.

Os objetivos da norma seriam:

- Estabelecer os requisitos para a utilização de mecanismos de regulação, entre eles:
  - Coparticipação;
  - Franquia;
  - Dos eventos a que se aplicam;

- Limites máximos.
    - Estabelecer o conceito, critérios e os limites máximos;
    - Definir as vedações (abordar a Súmula 7);
    - Definir as regras para a divulgação dos mecanismos de regulação do plano privado de assistência à saúde (Artigo 16 da Lei, Informação e Transparência);
    - Estabelecer regras para o reajuste dos Mecanismos de Regulação Financeiros.
  - Frederico Villela Frederico Villela, Gerente-Geral da DIFIS, apresentou os conceitos de coparticipação e franquia com os quais a fiscalização da ANS trabalha atualmente e o arcabouço legal e normativo do tema em questão.
  - César Lopes, consultor da Towers Watson Brasil, apresentou um panorama sobre a cobertura da assistência médica da saúde suplementar brasileira. Também apontou dados sobre coparticipação, franquia e outros fatores moderadores, principalmente em planos coletivos empresariais no Brasil e nos EUA.
  - Solange Beatriz, Presidente da FenaSaúde, discursou sobre o cenário da crise econômica atual e a necessidade de medidas de sobrevivência. Segundo ela, “aquele que usa o sistema precisa fazer parte da lógica do pagamento”, ou seja, o beneficiário precisa ser estimulado a zelar pelo controle desse benefício. Também defendeu a liberdade contratual, possibilitando que quem contrata um plano de saúde, seja o empregador, seja o próprio beneficiário, é que deve definir se o valor de franquia ou o percentual de coparticipação é adequado ou não.
  - José Antônio, do Instituto Brasileiro de Atuária, encerrou as apresentações apresentando um panorama sobre a coparticipação no Brasil e as consequências desse instrumento. Afirmou que é um fator importante, mas que, se seu percentual for baixo demais, não consegue cumprir seu papel de moderador.
94. Em 05/09/2016 a operadora CAPESESP fez uma apresentação na qual analisa a frequência de uso dos planos com e sem coparticipação e ainda faz uma análise com base em dados de estudos internacionais.
95. Em 31/10/2016 a Diretora de Desenvolvimento Setorial fez sua apresentação expondo as contribuições até então recebidas pelo GT para o tema.
96. Em 22/11/2016 a Diretora de Desenvolvimento Setorial apresentou um primeiro esboço de minuta de Resolução Normativa para que os participantes pudessem colocar suas contribuições em cima de questões mais concretas.
97. A Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos apresentou estudo feito no âmbito da sua Diretoria em que analisa as Notas Técnicas de Registro dos Produtos, comparando os planos registrados com e sem coparticipação na ANS.
98. Representante da FenaSaúde apresentou, por fim, estudo sobre os impactos da utilização de Mecanismos Financeiros conforme literatura existente.
99. Em 14/02/2017 a Diretora de Desenvolvimento Setorial apresentou minuta já com a análise das contribuições feitas pelos participantes do GT.
100. A minuta apresentada seguiu para Audiência Pública, realizada em 20/03/2017 e posterior Consulta Pública, realizada entre 31/03/2017 e 02/05/2017, para que fosse garantida a participação social plena no processo normativo. Adicionalmente, abriu-se nova pesquisa, ocorrida entre 11/10/2017 e 09/11/2017 para submissão à sociedade e

obtenção de novas contribuições, acerca do documento produzido no âmbito do GT. A análise da consulta e pesquisa encontram-se como anexo deste documento.

101. Como premissas para o normativo proposto a DIDES adotou a necessidade de se possibilitar uma maior variedade de produtos a serem disponibilizados no mercado, atendendo, desta forma, perfis diferentes de consumidores.

102. Adotou, ainda, premissa de garantia da transparência em todo processo, desde o momento da venda até o momento pós utilização, com a previsão da criação de simuladores e obrigações referentes a prestação de informações no PIN-SS, previsto pela Resolução Normativa RN 389/15.

103. No curso das discussões a DIDES sugeriu a revisão do entendimento exarado pela PROGE acerca da amplitude do conceito de “cobertura integral”, permitindo a adoção de mecanismos de franquia em hipóteses distintas das atualmente adotadas, como em utilização similar àquela utilizada pelo mercado de seguros, bem como com a previsão de franquia acumulada, que se assemelhava aos planos High Deductibles do sistema Norte-Americano.

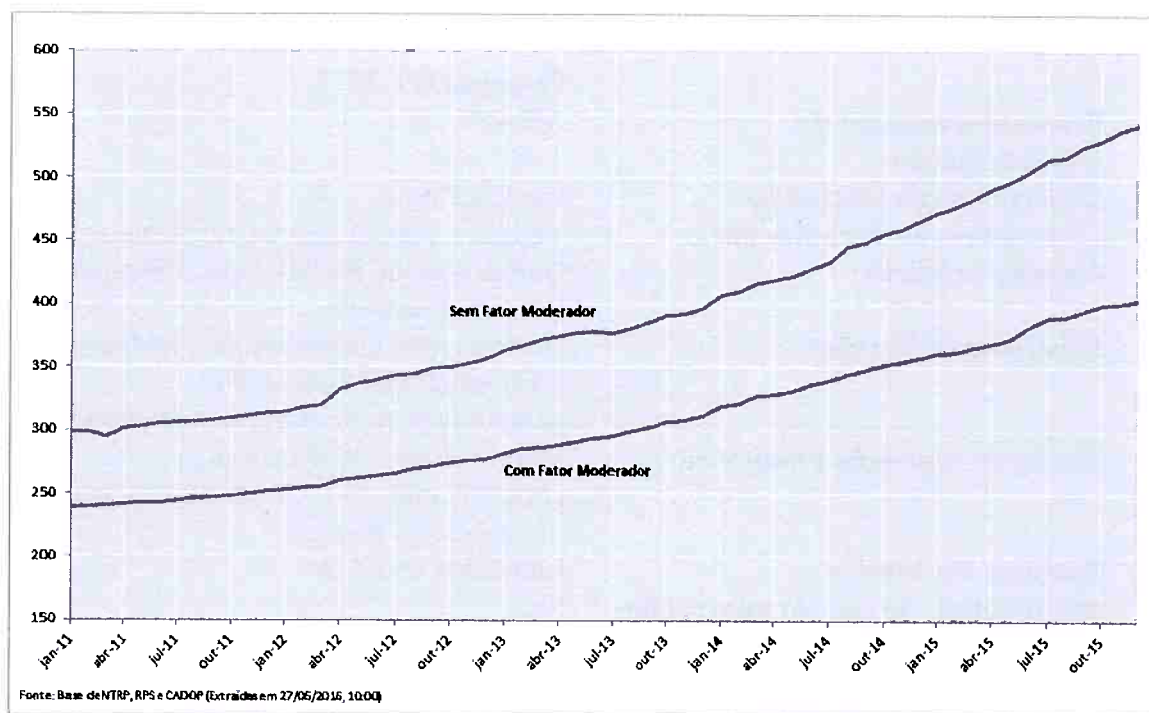
104. Paralelamente ao percentual e forma de incidência da coparticipação estes foram os tópicos mais questionados do processo de audiência e consulta pública, gerando numerosas contribuições, sobretudo indicação de artigos para consideração da área técnica.

105. Acerca dos aspectos incorporados pela proposta passa-se a enumerar nos tópicos abaixo:

- Sobre a necessidade de se suspender a comercialização dos planos registrados sob a égide da Resolução CONSU 08/98 houve pedidos de órgãos ligados aos consumidores nesse sentido, contudo, após manifestações das operadoras e, especialmente da DIPRO, acerca dos impactos de tal medida, a questão precisou ser revista, sendo necessária uma definição a respeito;
- Sobre a natureza dos mecanismos financeiros, originalmente havia previsão de os mesmos serem utilizados como mitigadores do risco moral, contudo, devido a forte resistência manifestada nos momentos de participação da sociedade a questão voltou para análise, precisando de definição;
- Sobre a forma de incidência e limites para previsão/utilização dos mecanismos foi estabelecido um percentual de 40% com base nos estudos anteriores realizados pela ANS, bem como na premissa de que coparticipações e franquias que exigissem grande desembolso dos beneficiários teria o condão de inibir a utilização necessária do plano de saúde. Devido aos questionamentos postos o tema voltou para análise e precisa de uma definição;
- Sobre o conceito de franquia e cobertura integral a DIDES alterou o entendimento até então vigente e que se encontra positivado na redação da CONSU 08/98, uma vez que o mesmo inibiria a utilização da franquia como mecanismo de regulação, além de ser considerado tecnicamente incorreto. Tal ponto gerou muitas manifestações negativas, gerando a necessidade de aprofundamento na defesa do ponto proposto;
- Sobre a previsão de transparência e necessidade de disponibilização de simuladores, em que pese a intenção de reforçar a transparência no momento da aquisição/utilização e pagamento dos planos com fator moderador, as dificuldades de operacionalização e elaboração de ferramentas de comparação que

efetivamente ajudariam os beneficiários na escolha apontam para a revisão desta proposta;

- A DIDES, na condução dos trabalhos do GT, chegou ao entendimento de que mais importante que eventuais limites percentuais de incidência de coparticipação e franquia, seria o estabelecimento de limite de exposição financeira do beneficiário, sendo este o valor máximo que o beneficiário poderia vir a ter que arcar mensal e anualmente com seu plano de saúde.
- Trabalhou, ainda, com um rol mais extenso de isenções com fins a mitigar os efeitos nocivos que a imposição de mecanismos financeiros de regulação poderiam gerar com o desincentivo da utilização necessária do plano de saúde pelos beneficiários. O rol apresentado recebeu críticas por parte de consumidores, que entenderam se tratar de rol reduzido e de operadoras que entenderam se tratar de rol extenso que eliminaria toda eventual economia gerada pela coparticipação/franquia.
- Para estabelecer o limite de exposição financeira tomou-se por base as informações do painel de precificação dos produtos<sup>19</sup>, que informa a existência de uma diferença de cerca de 25% nos preços de produtos com e sem coparticipação (figura 5), bem como uma utilização simulada de procedimentos, com base nos preços médios informados através do D-TISS. Ao final de todo o processo sugeriu-se um limite de 50% de acréscimo mensal, e 40% anual, considerando a soma de 12 meses. A tabela abaixo demonstra a evolução dos preços de planos conforme a presença ou não de fatores de moderação.



**FIGURA 9**

- 50% representa algo próximo ao dobro da vantagem que o beneficiário tem quando da não utilização do plano, sendo certo que planos coparticipativos se adequam a um perfil de consumidor com baixa sinistralidade e, portanto,

<sup>19</sup> [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Foco/painel\\_precificacao2016.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/painel_precificacao2016.pdf)

tendentes a utilizar menos o plano de saúde. Esse parâmetro, no entanto, também demanda revisão, tendo em vista não ser possível afirmar que a diferença no preços dos planos permanecerá a mesma de antes da vigência da nova norma, ademais, se entendeu que a imposição deste limite, bem inferior ao que vinha sendo proposto pela ANS desde a primeira discussão do tema geraria um impacto negativo para o beneficiário, que arcaria com valores maiores de mensalidade para compensar esses limites mais baixos.

- Em relação aos reajustes a proposta entendeu adequado o enfoque nos reajustes pagos aos prestadores de serviço, pelo que apresentou como proposta um reajuste baseado naquele concedido aos prestadores de serviço. Em razão da argumentação de que seria muito difícil fiscalizar tal obrigação, faz-se necessário uma retomada desse ponto de discussão.
- Outros pontos que geraram muitos debates diziam respeito à possibilidade de custeio integral de procedimentos em substituição a imposição de CPT, bem como cobrança de valores referentes a incidência dos mecanismos financeiros quando da ausência injustificada do beneficiário em procedimentos marcados. Nesse ponto sugere-se não prosseguir com as propostas feitas.
- Por fim, merece discussão a hipótese de incidência do mecanismo de regulação nos atendimentos realizados em pronto-socorro, uma vez que se verifica a existência de uma prática não desejável de busca primária de atendimento em estabelecimentos de alta complexidade.

106. Sendo estes os principais tópicos da proposta, apresenta-se o quadro abaixo para uma melhor visualização da mesma:

	<b>Proposta GT 2017</b>
<b>Percentual máximo de Coparticipação</b>	Até 40%
<b>Coparticipação Internação</b>	Em valor fixo
<b>Coparticipação Terapias para doenças Crônicas</b>	Vedada a coparticipação em Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva
<b>Existência de isenções</b>	Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva; procedimentos preventivos e de pré-natal
<b>Limite de exposição Financeira</b>	Mensalidade + 50% mensal e, concomitante, 40% em relação a soma das mensalidades do ano.
<b>Reajuste nas tabelas</b>	Limitados ao IPCA
<b>Possibilidade de custeio integral de procedimento</b>	Sim

107. Durante todo o período de existência do GT, diversos artigos e referências bibliográficas foram encaminhados para a área técnica e encontram-se abaixo listados, bem como juntados ao processo eletrônico aberto:

- Artigo Científico 01 – Andersen, Ronald M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? (Doc SEI nº 4887235);



- Artigo Científico 02 – Andersen, Ronald e Newman John F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States (Doc SEI nº 4887278);
- Artigo Científico 03 – Brook, Robert H. et. Al. The Health Insurance Experiment A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate (Doc SEI nº 4887300);
- Artigo Científico 04 – Brot-Goldberg, Z. C. et. Al. What does a deductible do? the impact of cost-sharing on health care prices, quantities, and spending dynamics (Doc SEI nº 4887318);
- Artigo Científico 05 – Cherkin, Daniel C. et. Al. The Effect of Office Visit Copayments on Utilization in a Health Maintenance Organization (Doc SEI nº 4887321);
- Artigo Científico 06 – Choudhry, Niteesh K. et. Al. The Impact of Reducing Cardiovascular Medication Copayments on Health Spending and Resource Utilization. (Doc SEI nº 4887325);
- Artigo Científico 07 – Cutler, David M e Zeckhauser, Richard J. The Anatomy of Health Insurance (Doc SEI nº 4887357);
- Artigo Científico 08 – Després, Caroline. Giving Up on Health-care for Economic Reasons: an Econometric Approach (Doc SEI nº 4887376);
- Artigo Científico 09 – Docteur, Elizabeth e Oxley, Howard. Health-care Systems: Lessons From the Reform Experience (Doc SEI nº 4887383);
- Artigo Científico 10 – Durand-Zaleski, Isabelle. The Health System in France (Doc SEI nº 4887409);
- Artigo Científico 11 – Ehrlich, Isaac e Becker, Gary S. Market Insurance, Self-insurance, and Self-protection (Doc SEI nº 4887430);
- Artigo Científico 12 – Frostin, Paul e Roebuck, Christopher. Health-care Spending After Adopting a Full-Replacement, High-deductible Health Plan With a Health Saving Account: A Five-year Study (Doc SEI nº 4887453);
- Artigo Científico 13 – Gouveia, MTCS. A teia do direito à saúde: entre o posto e o disposto. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social – 2016 (Doc SEI nº 4887462);
- Artigo Científico 14 – Hofmarcher, Maria M. The Austrian Health Reform 2013 is Promising Requires Continuous Political Ambition (Doc SEI nº 4887463);
- Artigo Científico 15 – Holst Jens et. Al. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos (Doc SEI nº 4887469);
- Artigo Científico 16 – Hulka, Barbara S. e Wheat, John R. Patterns of Utilization: The Patient Perspective (Doc SEI nº 4887486);
- Artigo Científico 17 – Khatami, Shabnam, et. Al. Modestly Increased Use of Colonoscopy When Copayment are Waived (Doc SEI nº 4887496);
- Artigo Científico 18 – Kiil A, Houlberg K. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical Evidence from 1990 to 2011 (Documento não disponibilizado pelo

cidadão e não encontrado em busca livre com a utilização do sistema de buscas google com o parâmetro de buscas “How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical Evidence from 1990 to 2011”);

- Artigo Científico 19 – Kullgren, Jeffrey T. Are the Health Behaviours os US High-deductible Health Plan Enrollees Driven by People Who Chose These Plans? Smoking as a Case Study (Doc SEI nº 4887507);
- Artigo Científico 20 – Magrid, David J. et. Al. Absence of Association Between Insurance Copayments and Delays in Seeking Emergency Care Among Patients With Myocardial Infarction (Doc SEI nº 4887528);
- Artigo Científico 21 – O’Grady Kevin F. et. Al. The Impact of Cost Sharing on Emergency Department Use (Doc SEI nº 4887539);
- Artigo Científico 22 – Organização Mundial da Saúde. *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde* (Doc SEI nº 4887554);
- Artigo Científico 23 – Policy Statement da American Academy of Pediatrics – High-deductible Health-plans (Doc SEI nº 4887556);
- Artigo Científico 24 – Pollitz Karen and Cox, Cynthia. Medical Debt Among People With Health Insurance. (Doc SEI nº 4887612);
- Artigo Científico 25 – Sanger-Katz, Margot. The Big Probelm With High Health-care Deductibles in [https://www.nytimes.com/2016/02/07/upshot/the-big-problem-with-high-health-care-deductibles.html?\\_r=0](https://www.nytimes.com/2016/02/07/upshot/the-big-problem-with-high-health-care-deductibles.html?_r=0). (acessado em 03/11/2017);
- Artigo Científico 26 – Schmittdiel, Julie A. et. Al. Health-care System – Level Factors Associated With Performance on Medicare STAR Adherence Metrics in a Large, Integrated Delivery System (Doc SEI nº 4887643);
- Artigo Científico 27 – Schoen, Cathy et. Al. Insured But Not Protected: How Many Adults Are Underinsured? (Doc SEI nº 4887652);
- Artigo Científico 28 – Selby, Joe V. et. al. Effect of a Copayment on Use of the Emergency Department in a Health Maintenance Organization (Doc SEI nº 4887690);
- Artigo Científico 29 – Siddiqui, Mona et. Al. The Effect of Emergency Department Copayments for Medicaid Beneficiaries Following the Deficit Reduction Act of 2005 (Doc SEI nº 4887694);
- Artigo Científico 30 – Sinnott, Sara-Jo et. Al. Is 50 Cent the Price of the Optimal Copayment? – A Qualitative Study of Patient Opinions and Attitudes in Response to a 50 Cent Charge on Prescription Drugs in a Publicly Funded Health System in Ireland (Doc SEI nº 4887703);
- Artigo Científico 31 – Sinnott, Sarah-Jo et. Al. The Effect of Copayments For Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations: A Systematic Review and Meta-analysis (Doc SEI nº 4887775);
- Artigo Científico 32 – Sinsky, Christine A. The Impact of Expressions of Treatment Efficacy and Out-of-pocket Expenses on Patient and Physician Interest

in Osteoporosis Treatment: Implications for Pay-for-performance Programs (Doc SEI nº 4887800);

- Artigo Científico 33 – Solanki, Geetesh et. Al. The Direct and Indirect Effects of Cost-Sharing on the Use of Preventive Services (Doc SEI nº 4887819);
- Artigo Científico 34 – Stancioli A E. Incentivos e Risco Moral nos planos de Saúde no Brasil (Doc SEI nº 4887830);
- Artigo Científico 35 – TEIXEIRA, A. Mercado e imperfeições do mercado: o caso da assistência suplementar. (Documento não disponibilizado pelo cidadão e não localizado em busca na Biblioteca Online da ANS);
- Artigo Científico 36 – White, Chapin. A Comparison os Two Approaches to Increasing Access to Care: Expending Coverage Versus Increasing Physician Fees in Health Services Research (Doc SEI nº 4887844);
- Artigo Científico 37 – Wong, Mitchell D. et. Al. Effect of Cost Sharing on Care Seeking and Health Status: Results From the Medical Outcome Study (Doc SEI nº 4887851);
- Artigo Científico 38 – Wong, Yo-Ning et. Al. Understanding How Out-of-pocket Expenses, treatment value and Patient Characteristics Influence Treatment Choices (Doc SEI nº 4887855);
- Artigo Científico 39 – <http://www.nhcsl.org/103/resolution/addressing-excessive-out-of-pocket-costs-for-patients> (acessado em 03/11/2017);
- Artigo Científico 40 – Health Insurance in the Netherlands (Doc SEI nº 4887857).

### **III – DOS PROBLEMAS:**

108. Neste capítulo busca-se apontar os principais problemas identificados no curso das discussões realizadas e que deverão ser aprofundadas em tópicos específicos, o público atingido pelos problemas apontados e eventuais medidas a serem adotadas, bem como os objetivos que a ANS deve buscar ao tratar do tema. Sinteticamente são análises que deverão ser feitas para que se aponte o caminho a ser seguido pela proposta a ser apresentada.

109. As discussões havidas na ANS apontaram para a existência de diversos problemas que deverão ser abordados por qualquer proposta que vise regular de forma mais eficiente o tema dos Mecanismos Financeiros de Regulação.

110. A norma atual cumpriu um importante papel no período em que o marco legal estava em elaboração, tendo surgido alguns meses após a edição da Lei 9.656/98. Naquele cenário compreende-se que alguns conceitos e parâmetros não estivessem rigidamente definidos no normativo, uma vez que a regulação setorial ainda era bastante incipiente.

111. Com o passar dos anos e o amadurecimento do setor, no entanto, as lacunas existentes passaram a gerar algumas dúvidas e problemas em um contexto regulatório e de mercado, o que ensejou uma série de discussões entre a ANS e o setor e internamente na ANS para sua alteração.

112. Os principais problemas verificados, bem como aqueles que demandam maior cuidado por parte da Agência Reguladora estão elencados abaixo.

#### **III.1 – DOS TÓPICOS MAIS RELEVANTES:**

##### **III.1.1 – NATUREZA JURÍDICA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:**

113. Da leitura do relatório descritivo das discussões sobre o tema já ocorridas no âmbito da ANS é possível apontar alguns problemas identificados de forma coincidente por diversos grupos que trataram do tema.

114. Desde o primeiro grupo que discutiu os Mecanismos Financeiros de Regulação, e que gerou a Consulta Pública nº 24/06, estes vem sendo tratados pela ANS como instrumentos para mitigação da incidência do risco moral.

115. Embora haja alguma resistência com relação à possibilidade de haver risco moral quando está se tratando da saúde do indivíduo, tal possibilidade é reconhecida pela literatura e pela própria doutrina econômica, o que não pode ser desconsiderado.

116. A Lei 9.656/98 trata-os como Fatores de Moderação de Uso, pelo que se buscará demonstrar em que medida estes poderão ou não ser tratados como mecanismos utilizados para o mero cofinanciamento e a existência ou não de um limitador, cujo parâmetro poderá ser eventual reconhecimento da existência de um risco moral mensurado ou mensurável.

### III.1.2 – CONCEITOS PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO:

117. Os conceitos para franquia e coparticipação no mercado da saúde suplementar não possuem relação direta com os conceitos consagrados no mercado de seguros privados. A Superintendência de Seguros Privados - SUSEP sequer trata do conceito de coparticipação, uma vez que é um instituto característico do sistema suplementar de saúde e define a franquia no Guia de Orientação e Defesa do Consumidor, editado pela SUSEP<sup>20</sup> como *“o valor ou percentual, expresso na apólice, que representa a parte do prejuízo que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado.”*

118. São previstos dois tipos de franquia abaixo conceituados:

- **Franquia Simples** - Pela cláusula de franquia simples, os sinistros, até determinado valor preestabelecido, são suportados integralmente pelo segurado. Porém, aqueles que excederem o limite contratual serão indenizados pelo seu valor total, sem qualquer participação do segurado.
- **Franquia Dedutível** - É aquela cujo valor sempre é deduzido dos prejuízos. Esse tipo de franquia é mais utilizado. A contratação do sistema de franquia dedutível resulta, naturalmente, em redução de prêmio, pois os sinistros a cargo do segurador diminuem já que o segurado participa obrigatoriamente dos prejuízos.

119. No mercado de saúde suplementar, o conceito de franquia advém do conceito de “excess” ou “deductible”, amplamente utilizados no mercado norte-americano<sup>21</sup>, bem como em outros sistemas de saúde no mundo, como o holandês<sup>22</sup> e suíço<sup>23</sup>. As duas formas de incidência consistem em: o beneficiário custeia o valor de um procedimento até que se alcance um valor X, a partir do qual a seguradora/Estado arcará com todas as despesas, ou, o beneficiário custeia todas as despesas acumuladas até se atingir um valor Y, a partir do qual a seguradora assume o custeio integral ou compartilhado da assistência.

120. O problema advindo da conceituação de franquia passa pela discussão iniciada dentro da ANS na Câmara Técnica iniciada em 2012 e que gerou processo de consulta para a Procuradoria da ANS.

121. Para implementação efetiva de um mecanismo de franquia, nos moldes do mecanismo previsto no mercado segurador ou mesmo em mercados de saúde suplementar estrangeiros, será necessário rever o entendimento dado no curso do Processo Administrativo nº 33902.527905/2012-60, pelo qual a Lei 9.656/98 vedaria a possibilidade de qualquer procedimento vir a ser integralmente custeado pelo beneficiário.

122. Paralelamente, haveria a possibilidade de se estabelecer um conceito de franquia exclusivo e restritivo para a saúde suplementar brasileira. Essa opção já foi sugerida pela Câmara Técnica de 2013, quando se propôs a franquia como um mecanismo análogo ao de coparticipação, diferindo-os ao estabelecer que esta deveria ser prevista em moeda corrente ao invés de percentual.

<sup>20</sup> Disponível em [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)

<sup>21</sup> <https://www.healthcare.gov/glossary/deductible/>

<sup>22</sup> Vide Artigo 40 – Health Insurance in Netherlands

<sup>23</sup> Explicação geral sobre seguros de saúde na suíça em <http://www.swisshealth.ch/en/ueber-die-schweiz/gesundheitswesen.php>

123. Posição extrema, no entanto, foi adotada pelo último Grupo de Trabalho de 2015, que discutiu o tema dentro da ANS, cuja proposta consistia em unificar os conceitos de coparticipação e franquia em um único, tratando-os como sinônimo, o que, na prática, acabaria com a franquia, uma vez que se entendeu que o conceito tradicional seria inaplicável ao mercado da saúde suplementar brasileiro.

124. Assim, será necessário definir se a norma poderá adotar um conceito consagrado de franquia ou se deverá trabalhar com um conceito único para a saúde suplementar, sendo certo que propostas de “ampliação” do escopo das franquias foram apresentadas tanto na Câmara Técnica quanto no atual GT e que a não adoção da franquia pelo mercado foi tratado como um problema a ser enfrentado pela nova norma.

### III.1.3 – COMO E QUANDO INCIDIRÁ A FRANQUIA/COPARTICIPAÇÃO:

125. Foram aventadas algumas possibilidades de incidência dos valores de coparticipação e franquia. No âmbito da ANS, já foi admitida a possibilidade de utilização de tabelas de referência sobre a qual se aplicariam os percentuais, bem como já se previu a obrigatoriedade desse percentual incidir sobre o valor real do procedimento pago ao prestador.

126. Alternativamente, discutiu-se a possibilidade de coparticipação em valor monetário fixo, o que também gera confusão com conceito de franquia já adotado dentro da ANS.

127. A proposta apresentada em 2017, no curso deste Processo Administrativo, previu a possibilidade de cobranças em valores fixos, percentual incidente sobre tabela de referência e percentual incidente sobre o valor real, sendo certo que para todas as opções existem argumentos a favor e contrários, que serão oportunamente abordados.

### III.1.4 – LIMITE PERCENTUAL/VALOR PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO:

128. A Resolução CONSU nº 08/1998 trazia conceitos genéricos para tratar de limites. Partia da premissa da impossibilidade de custeio integral do procedimento pelo beneficiário, além de trazer uma previsão sobre vedação a imposição de um “Fator Restritor Severo”, sem, no entanto, definir que fator seria esse.

129. Em 2005 a ANS editou Súmula Normativa nº 07 em que definia, ainda de forma vaga, que:

*A proposta de implementação pelas operadoras de mecanismos que estimulem o não uso, pelos beneficiários, das coberturas do plano de assistência à saúde contratado, por meio de desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra prática análoga, é vedada pelo inc. VII do art. 2º da Resolução Consu nº 8/98, por constituir-se fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados.*

130. Posteriormente foi emitida manifestação pela DIPRO<sup>24</sup> em que sugeriu a adoção de um parâmetro percentual para definição do que seria o “fator restritor severo”, tendo

---

<sup>24</sup> Despacho 611/2009/GGEOP/DIPRO/ANS

por base o maior percentual previsto em minuta que foi submetida a Consulta Pública no Processo nº 33902.140914/2005-11.

131. Assim, considerando todas as discussões já ocorridas, a ANS já propôs percentuais máximos não específicos, que dependiam de interpretações, edição de súmulas e entendimentos, passando pela previsão de limites escalonados, conforme tipo de procedimento, com 30% sendo o percentual máximo admitido; 50% de coparticipação para todo tipo de procedimento, e, mais recentemente, em duas oportunidades, delimitando em 40%, seja em forma de tipo predeterminado de plano, seja em percentual livre.

132. As definições dos percentuais adotaram metodologias diversas. Na ocasião da Consulta Pública nº 24, verificou-se uma busca por transferir para a norma uma razão de proporcionalidade com procedimentos mais caros tendo limite percentual menor para incidência de coparticipação. Não sendo possível, no entanto, estabelecer uma conexão entre os percentuais propostos.

133. Posteriormente, quando das discussões da Câmara Técnica a DIPRO apresentou metodologia que reconhecia no percentual de 50% um valor razoável a ser estabelecido, tendo como parâmetro o custo médio anual das internações por beneficiários, que estaria equivalente à metade do valor médio da última faixa etária dos planos de saúde.

134. Nas discussões posteriores, a ANS trabalhou com o percentual de 40% como limite máximo, baseada em experiências internacionais, como a do mercado norte-americano<sup>25</sup>, bem como em estudos que observaram que valores muito altos de coparticipação afetavam também a procura por serviços efetivamente necessários à saúde dos beneficiários:

135. Na falta de um parâmetro exato, utilizou-se de percentual já proposto, menor que 50%, para definir o limite máximo a ser admitido, considerando que 50% seria uma “alta coparticipação”<sup>26</sup>.

136. Neste tópico também deverá ser analisada a opção feita pelo GT 2015 para definição de tipologias de planos, baseadas no modelo norte-americano, uma vez que tal previsão traz o benefício de facilitar uma comparação entre os planos comercializados entretanto engessa o mercado com menos opções de produtos, o que reduz eventuais ganhos de eficiência.

### III.1.5 – EXISTÊNCIA DE UM TETO DE GASTOS COM A INCIDÊNCIA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:

137. Grande preocupação apontada diz respeito à ocorrência de gastos catastróficos que importariam em grande desembolso pelo beneficiário, podendo gerar inadimplimento e endividamento do mesmo.

138. Verifica-se que para mitigar tais riscos existem dois mecanismos possíveis, que podem ou não serem adotados de forma concomitante. O primeiro seria a previsão de um teto mensal ou anual de gastos que o beneficiário poderia vir a arcar além de suas

<sup>25</sup> Ver <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>

<sup>26</sup> Há que se ponderar, no entanto, que o conceito de High Deductible/Copayment amplamente adotado no mercado norte-americano diz respeito ao limite anual de gastos diretamente feitos pelos beneficiários (out-of-pocket), não tendo relação direta com o percentual máximo por procedimento.

contraprestações ordinárias e o segundo é a previsão de isenções para alguns tipos de tratamentos.

139. Com relação ao primeiro mecanismo, a leitura dos processos anteriores demonstra que o tema chama a atenção da ANS desde o início das discussões, com a discussão de limites em todos os grupos existentes.

140. Tal previsão transpõe limitação importante da norma em vigor, que não traz qualquer limite expresso, em que pese seja possível apontar o limite dentro de um conceito de “fator restritor severo”, não o vinculando ao percentual de coparticipação dos planos de saúde.

141. A existência de um teto pressupõe a necessidade de realização de algumas discussões preliminares, como a definição de um parâmetro para seu apontamento, se o teto seria aplicado mensalmente, anualmente ou mensalmente e anualmente de forma simultânea, bem como se seria possível acumular valores de um mês para o outro, de forma que as operadoras não tivessem perdas e os beneficiários não fossem excessivamente onerados.

142. Nas discussões anteriores já se definiram diversos tetos, como duas vezes o valor da mensalidade do beneficiário<sup>27</sup>, metade do valor previsto para a última faixa etária, no momento da contratação<sup>28</sup> e, mais recentemente, um teto que levava em conta os gastos mensais e anuais. Ademais, pela primeira vez desde que o assunto entrou na pauta das discussões da ANS, admitiu-se a utilização de modelo de franquia nos moldes dos planos de High Deductibles existentes nos EUA, cujo valor limite previsto já seria em si mesmo um limite de exposição financeira<sup>29</sup>.

143. Atualmente o mercado trabalha com a possibilidade de se diluir cobranças de coparticipação, sem limites definidos pela norma, através do tempo, mecanismo este bastante utilizado pelas operadoras da modalidade de autogestão, sendo necessário discutir se tal prática deve ser aceita ou se deve haver uma maior regulação sobre a mesma.

144. Igualmente deve ser discutida se esta regra se trata de uma peculiaridade da modalidade ou se poderia/deveria ser estendida para as demais ou, simplesmente, vedada, uma vez que essa possibilidade já foi rechaçada no curso da Câmara Técnica de 2013, por se assemelhar a uma operação financeira que seria vedada pela Lei 9.656/98.

### III.1.6 – EXISTÊNCIA DE PROCEDIMENTOS ISENTOS:

145. Em que pese tenha havido grande objeção por parte de operadoras de planos de saúde em se estabelecer um rol de procedimentos isentos, a utilização dos mecanismos financeiros pelo mundo e a literatura recomendam tal prática.

146. Uma vez que se estabelece que os mesmos atuam em alguma medida como mitigadores da utilização desnecessária do plano de saúde, faz-se necessário prever meios e alternativas para que os procedimentos efetivamente necessários também não deixem de ser realizados.

---

<sup>27</sup> Processo Administrativo nº 33902.140914/2005-11 e 33902.270680/2015-15

<sup>28</sup> Processo Administrativo nº 33902.227509/2012-35

<sup>29</sup> Processo Administrativo nº 33910.000554/2017-50



147. A grande discussão neste tópico deve girar em torno de quais seriam os procedimentos isentos, se seria um rol taxativo, se apontaria para determinada condição clínica ou grupo de indivíduos mais vulneráveis.

148. Embora a minuta submetida a Consulta Pública nº 24 não trouxesse nenhum tipo de isenção, após o seu término, é possível constatar a inclusão de isenções específicas para procedimentos de hemodinâmica, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, uma vez que esses procedimentos não seriam realizados em hipótese nenhuma sem uma indicação clara.

149. Em 2013, incluiu-se, ainda, a possibilidade de se isentar a realização de procedimentos em determinados prestadores como forma de direcionar a demanda.

150. Em 2015, foram previstos alguns procedimentos preventivos, o que também é amparado pela literatura, conforme se demonstrará mais adiante, em programas de PROMO-PREV e alguns procedimentos de saúde ocupacional na forma da legislação trabalhista.

151. Em 2017 a proposta estende o rol de procedimentos preventivos, abarcando procedimentos de pré-natal e para prevenção de algumas doenças.

### III.1.7 – COMO REAJUSTAR A COPARTICIPAÇÃO/FRANQUIA:

152. Este tópico está diretamente relacionado àquele que trata da forma de incidência dos fatores de moderação nos planos de saúde, uma vez que, dependendo da forma como se previr a cobrança, haverá ou não a necessidade de se estabelecer uma metodologia de reajuste.

153. Quando a coparticipação incidir sobre o valor real praticado, por exemplo, não haverá que se falar em reajuste, uma vez que o percentual incidiria sobre um valor real, negociado anualmente e sujeito aos aumentos concedidos aos prestadores. Contudo, quando há uma tabela referencial é justificada a previsão de artigo regramdo o reajuste.

154. Duas alternativas já foram propostas no curso das discussões. A primeira seria usar de forma análoga as regras de reajuste de contraprestações dos beneficiários. A segunda, apresentada neste mesmo processo, leva em conta os reajustes concedidos aos prestadores de serviço, uma vez que, de uma forma ou de outra, essa tabela teria relação direta com o valor pago aos prestadores de serviço.

155. Assim, em se tratando de reajuste, deverá se definir hipótese de incidência e metodologia.

### III.1.8 – APLICABILIDADE EM PLANOS ODONTOLÓGICOS:

156. Não foi verificada a existência de regras específicas para planos odontológicos em nenhuma das discussões realizadas até a que está em curso, por isso faz-se necessário ponderar se seria realmente importante a existência de tal previsão.

157. Deve-se considerar, ainda, que tais planos estão dispensados do envio da Nota Técnica de Registro de Produtos, o que torna mais complexo eventual monitoramento a ser realizado pela ANS.

### III.1.9 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:

158. Dentro de um contexto da Reforma Psiquiátrica ocorrida no Brasil, que culminou na edição da Lei 10.216/2001 a regulação setorial, desde a Resolução CONSU 08/98, estabeleceu regras bastante restritivas para as internações em psiquiatria, que não chegaram a ser debatidas dentro dos grupos, sendo apenas replicadas.

159. No processo atual, essas regras foram bastante contestadas por entidades ligadas aos consumidores, ensejando uma reflexão posterior a minuta apresentada.

160. É certo que há justificativa para a manutenção de regras restritivas, contudo faz-se necessário ponderar se as internações desnecessárias não poderiam ser evitadas com a utilização de Diretrizes de Utilização (DUT) dentro do rol de procedimentos editado pela ANS, pois, insta observar, que tais diretrizes foram incorporadas ao rol apenas em 2008 pela RN 167.

161. Desta forma, tornaria mais acessível o procedimento para os casos em que realmente se faça necessário.

### III.1.10 – OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DE NOVOS PRODUTOS:

162. A RN 85/04, em seu anexo II, item 10<sup>30</sup>, prevê a existência de mecanismo financeiro de regulação como uma característica do produto, que necessita ser informada no ato do registro de mesmo, através de NTRP.

163. Uma vez que a informação dada diz respeito a existência do Fator Moderador no produto, seria possível admitir a inexistência de obrigatoriedade de se registrar novos produtos, desde que houvesse uma coincidência dos mecanismos de regulação adotados, pelo que seria viável estabelecer a aplicação imediata do novo normativo.

164. Contudo, a alteração do fator de moderação previsto ensejaria a necessidade de alteração da NTRP, o que traria ônus para as operadoras. Ademais, qualquer mudança, como a implementação de um novo fator de moderação não previsto, traria a obrigatoriedade de pagamento de taxa por alteração do produto.

165. A Coexistência de contratos regulados pela Resolução CONSU 08/98 e contratos regulados por norma nova permitiria uma base de comparação valiosa para fins regulatórios, o que, contudo, traria riscos, especialmente em relação à judicialização, quando se poderia pleitear eventual novo direito previsto em norma para contratos já vigentes.

166. A escolha a se fazer será a de manter ativa a comercialização dos produtos já registrados ou suspender sua comercialização. Em se optando pela primeira, deve-se atentar para a possibilidade de se aplicar de imediato a nova norma ou parte dela, desde que não haja necessidade de se alterar o registro do produto.

---

<sup>30</sup> 10. FATOR MODERADOR

Indicar existência de mecanismo financeiro de regulação, isto é, se o beneficiário terá que participar no pagamento de cada procedimento, conforme classificação do art. 3º da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998:

1. Co-Participação: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

2. Franquia: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

### III.2 – DO PÚBLICO AFETADO:

167. A definição dos problemas permite que sejam apontados os principais atores afetados pelos mesmos e por eventual medida a ser adotada, conforme expõem-se na tabela abaixo:

Quais grupos são potencialmente afetados?	Como esse público será afetado?
<b>Beneficiários</b>	Beneficiários e operadoras constituem os dois grupos diretamente afetados pela medida, uma vez que se trata de tema relacionado ao serviço contratado por um para prestação pelo outro. Qualquer mudança na regra gerará efeitos para ambas as partes. Atualmente, a análise da ANS aponta para uma desproporção na relação de custo-benefício da incidência desses mecanismos, visando, assim, uma maior proteção do beneficiário.
<b>Operadoras</b>	Beneficiários e operadoras constituem os dois grupos diretamente afetados pela medida, uma vez que se trata de tema relacionado ao serviço contratado por um para prestação pelo outro. Qualquer mudança na regra gerará efeitos para ambas as partes. Atualmente a análise da ANS aponta para uma desproporção na relação de custo-benefício da incidência desses mecanismos, visando, assim, uma maior proteção do beneficiário.
<b>Prestadores</b>	Prestadores são impactados de forma indireta, seja pela possibilidade de a parcela referente ao Fator Moderador poder ser paga diretamente a este, em hipóteses de franquia, seja porque a alteração na regra ocasiona uma alteração na demanda, sendo certo que este grupo é o responsável por fornecer o serviço comercializado pela operadora.
<b>Poder Judiciário</b>	A alteração da regra com a inserção de direitos antes não previstos tem o potencial de gerar demandas com pleito de extensão dos mesmos, devendo a ANS se atentar para mitigar tal efeito. Por outro lado, ao equilibrar a relação entre

	beneficiários e operadoras tende a reduzir demandas judiciais sobre o tema.
<b>ANS</b>	O crescimento do número de planos registrados e comercializados com Fator de Moderação demonstra a necessidade de se tratar com maior atenção o tema. Pode vir a ser necessária a previsão de medidas de acompanhamento para possibilitar o monitoramento dos resultados obtidos pela medida implementada, bem como pode gerar demanda pela adaptação ou registro de novos produtos. Ademais, novas regras demandam capacitação dos órgãos responsáveis pela fiscalização, bem como podem gerar demandas de consulta ou denúncias.

### III.3 – DOS OBJETIVOS A SEREM BUSCADOS:

168. Delimitados os problemas e apontado o público atingido, passa-se a definir os objetivos a serem buscados pela ANS ao tratar sobre o tema, sendo certo que a proposta em questão visa a revisão da norma que trata dos Mecanismos de Regulação no ponto específico dos Mecanismos Financeiros de Regulação.

169. Inicialmente, qualquer medida a ser proposta deverá ser apta a suprir as lacunas existentes na normatização vigente, sem deixar espaço para conceitos interpretativos como o de “fator restritor severo”;

170. Deverá, ainda, abster-se de regular *ultra-legem* ou *contra-legem*. Pelo que será necessário que eventuais controvérsias jurídicas surgidas no curso das discussões sejam solucionadas antes de se colocar em prática a medida proposta.

171. Deverá buscar maior equilíbrio no mercado da saúde suplementar, com regras claras que delimitem os direitos e deveres inerentes a cada parte envolvida, buscando o equilíbrio efetivo das partes, ponderando para tal o poder econômico de cada uma para que seja garantida a real isonomia da medida proposta.

172. Não deverão ser propostas medidas que tendam a aumentar a judicialização, entendendo-se por tais aquelas que dão margem interpretativa para a incidência ou não da norma e de direitos por ela propostos.

173. Qualquer regra proposta deve, ainda, levar em consideração que o número de planos com Mecanismos Financeiros de Regulação já alcançou metade dos beneficiários da saúde suplementar, não sendo razoável que as regras propostas não se apliquem, em alguma medida, para contratos já firmados.

#### IV – DA ANÁLISE CONCLUSIVA:

174. Uma vez definidos os problemas, passa-se, então, à análise dos mesmos, para posterior definição de impactos e formas de implementação com o encaminhamento de eventual medida a ser adotada, conforme objetivos pretendidos.

##### IV.1 – DAS ANÁLISES:

##### IV.1.1 - NATUREZA JURÍDICA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:

175. Uma vez que se está tratando de contratos de planos de saúde faz-se necessário analisar alguns atributos deste tipo de negócio jurídico, cujas características os aproxima muito dos contratos de seguro *stricto sensu*.

176. Contratos de seguro trabalham com a aversão do contratante à exposição de riscos. Por não querer se sujeitar a estes o contratante aceita remunerar uma empresa seguradora que irá garantir os custos da ocorrência do risco.

177. Quanto maior for a aversão ao risco<sup>31</sup> de um indivíduo, mais propenso ele estará a contratar um seguro. Essa lógica não é diferente em contratos de seguro automotivos ou planos de saúde.

178. Assim como o indivíduo que se considera um bom motorista terá menor propensão a contratar um seguro e, quando o fizer, provavelmente escolherá um produto com mensalidades/valores menores em troca de uma franquia maior, indivíduos que gozam de boa saúde estarão menos propensos a contratar planos de saúde ou, quando o fizerem buscarão um produto com valores mais em conta, ainda que signifique o desembolso de uma quantia no momento da utilização.

179. Neste contexto há que se diferenciar a natureza das remunerações devidas, seja a título de contraprestação ordinária ou contraprestações extraordinárias. Primeira e mais óbvia diferença reside na previsibilidade, sendo a primeira um evento certo e a segunda condicionado a utilização.

180. As contraprestações ordinárias são calculadas em cima de um risco previsível do indivíduo, aquele risco que pode ser aferido diante da natureza do contrato que pressupõe que ambas as partes se comportem conforme a boa-fé. No caso dos planos de saúde no Brasil, em que não pode haver uma seleção de risco na entrada do beneficiário, as declarações deste servirão para que uma operadora mitigue o risco, pela imposição de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

181. O risco previsto também terá impacto no valor dos produtos comercializados. Analisando-se uma população é natural que produtos ofertados em um ambiente mais propício a determinados riscos tenha os custos repassados aos segurados. Como no caso dos seguros de automóveis que tem preços mais elevados para regiões com maior incidência de roubos.

---

<sup>31</sup> Tem-se o risco como a incerteza, sendo a aversão ao risco uma característica daquele indivíduo que dá mais valor para o risco ruim, que para o risco bom comparável. “Para uma pessoa que tem aversão a riscos, as perdas são mais importantes (em termos de variação de utilidade) do que os ganhos.” In PINDYCK, Robert S e RUBINFELD Daniel L. *Microeconomia*. Prentice Hall, São Paulo, 5ª edição, 2002.

182. Mesmo nos planos de saúde o comportamento pode ser observado na comercialização de planos coletivos, dependendo do perfil da carteira contratada, uma vez que a NTRP prevê uma faixa para o valor de comercialização do produto e não um valor exato. Assim, o risco inerente ao contrato já está contabilizado no valor da contraprestação.

183. Contudo, há um tipo de risco que não pode ser contabilizado ou, acaso possa, não deve ser estimulado, pelo contrário. O risco moral é aquele pelo qual o beneficiário se expõe pelo fato de estar garantido. Seu comportamento acaba sendo diferente daquele que teria acaso não houvesse contratado o seguro. O risco moral é assim explicado por MANKIW:

*O risco moral é um problema que surge quando alguém, chamado agente, realiza alguma tarefa em nome de outra pessoa, chamada principal. Se o principal não puder monitorar perfeitamente o comportamento do agente, este tende a empregar menos esforços que o principal consideraria desejável. A expressão risco moral refere-se ao risco de comportamento inadequado ou “imoral” por parte do agente. Em tal situação, o principal tenta, de diversas maneiras, encorajar o agente a agir de maneira mais responsável<sup>32</sup>.*

184. Ao tratar dos Mecanismos Financeiros de Regulação tem-se a concretização da situação descrita por Mankiw, com as operadoras de planos de saúde tentando encorajar o beneficiário a agir de maneira mais responsável, ou seja, utilizar de forma mais moderada seu plano de saúde pela previsão de uma cobrança extraordinária, variável conforme a utilização.

185. A Lei 9.656/98 não define o que seriam os Mecanismos de Franquia e Coparticipação, contudo, ao tratar das hipóteses legais de manutenção dos planos de saúde em casos de aposentadoria ou demissão dos beneficiários ela refere-se a fatores de moderação de uso para diferenciar as hipóteses de incidência ou não dos direitos previstos:

*Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

(...)

*§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.*

<sup>32</sup> MANKIW N. Gregory. Introdução à Economia. Cengage Learning. São Paulo, 2010.

186. Neste sentido infere-se que a natureza dos mecanismos é a de Fatores de Moderação do Uso e, como tal, atuarão para que a utilização dos planos seja feita com maior cautela por parte dos beneficiários.
187. Inegável que existe dentro do fator de moderação um aspecto de divisão de custos pelo beneficiário, mas esse não seria o cerne de sua existência e sim a forma como o mesmo atinge sua finalidade, razão pela qual a própria lei afasta a incidência do direito previsto no parágrafo acima transcrito quando os beneficiários arcam apenas com a parcela do pagamento relativo ao fator de moderação de uso.
188. Por tal razão, sem negar o caráter próximo ao cofinanciamento implícito no desembolso feito no momento da utilização, deve-se observar que este é o meio pelo qual o fator de moderação atinge seu fim, que é o de inibir a utilização excessiva do plano de saúde, sendo o risco moral um parâmetro pelo qual se busca evitar que os mecanismos de regulação propostos se tornem excessivamente oneroso para o beneficiário.
189. Planos moderados, como já demonstrado, oferecem uma contraprestação fixa menor para o beneficiário, que, em troca, arca em alguma medida com os custos da utilização. É uma relação que, se bem administrada, apresenta vantagens reais para ambas as partes.
190. Entretanto, em se igualando o fator de moderação a um instrumento cuja finalidade é meramente de cofinanciar o plano de saúde, há uma desnaturação do próprio contrato, uma vez que deixa de garantir o beneficiário do risco catastrófico. Neste contexto o beneficiário deixaria de utilizar o plano para eventos sem uma justificativa clínica real, bem como tenderia a buscar a rede do SUS para eventos de maior complexidade, ainda que clinicamente justificáveis, por não querer arcar com o risco de receber uma cobrança em valor excessivo a título de coparticipação ou franquia.
191. Na tentativa de se manter isonômica a relação contratual firmada, garantindo que o contrato de plano de saúde tenha a natureza aleatória que caracteriza contratos de seguro e assemelhados, é que se faz a leitura dos Mecanismos Financeiros de Regulação como um instrumento apto a mitigar a ocorrência de risco moral da utilização dos planos de saúde.
192. Pelo fato de o risco moral ser adotado como um limitador da incidência do Fator de Moderação, para que ele não represente um cofinanciamento efetivo por parte do beneficiário é que se abre a possibilidade de se trabalhar com o conceito dentro de uma faixa e não em um valor/percentual único o qual, ultrapassado, deixaria de incidir imediatamente.
193. Assim, a utilização, ainda que necessária e clinicamente justificada do plano, não afasta a natureza do mecanismo, uma vez que, de forma geral, o beneficiário deverá realizar uma série de procedimentos antes de ver igualada a mensalidade de um plano sem coparticipação com o seu plano coparticipativo, conforme será ilustrado adiante.
194. É seguro afirmar que enquanto o beneficiário não atinge o gasto mensal previsto para um plano análogo, sem incidência de mecanismos, não há que se falar em restrição de acesso.
195. Ainda que o valor venha a ser eventualmente ultrapassado há que se reportar, mais uma vez, para a natureza do contrato, pela qual, naturalmente, o beneficiário faz uma aposta. A aleatoriedade do contrato fará com que em algum momento o mesmo gere algum tipo de prejuízo para o beneficiário, pelo que, será neste momento que a ANS deverá atuar para reduzir os riscos para a própria sustentabilidade do mercado.

196. Beneficiários com uso moderado do plano de saúde tenderão a obter vantagem pela contratação de um plano com fator moderador, pois a precificação do seu produto levará em conta uma utilização mais moderada; conforme critérios mais racionais que levarão em conta o desembolso a ser realizado no momento da utilização.

197. Moderação corresponde a comedimento, a utilização com parcimônia dos recursos disponíveis, razão pela qual permitir o cofinanciamento irrestrito não atende ao conceito trazido pela Lei.

198. Em não havendo limites para o cofinanciamento um contrato poderia prever, por exemplo, coparticipação em percentual para um procedimento, que no todo, tenha um custo elevado demais para ser arcado por um indivíduo, como eventual internação em leito de CTI.

199. Para ilustrar o tema exposto apresentamos os seguintes dados, considerando dois planos reais registrados na ANS, da mesma operadora, com características análogas, cuja diferença encontra-se apenas na previsão ou não de incidência de mecanismos de regulação (Figura 10):

<b>PREÇOS MÁXIMOS POR FAIXA ETÁRIA (em R\$)</b>	<b>PRODUTO A – Com Coparticipação</b>	<b>PRODUTO B – Sem Coparticipação</b>
<b>Até 18 anos</b>	393,76	463,23
<b>De 19 a 23</b>	492,19	579,03
<b>De 24 a 28</b>	615,25	723,8
<b>De 29 a 33</b>	676,78	796,17
<b>De 34 a 38</b>	710,62	835,99
<b>De 39 a 43</b>	781,68	919,61
<b>De 44 a 48</b>	977,11	1.149,50
<b>De 49 a 53</b>	1.074,80	1.264,46
<b>De 54 a 58</b>	1.343,52	1.580,59
<b>59 ou mais</b>	2.351,13	2.766,00

FIGURA 10

200. Da tabela de preços desses produtos extrai-se o seguinte custo anual para cada uma das faixas etárias (Figura 11):

<b>PREÇOS MÁXIMOS POR FAIXA ETÁRIA (em R\$)</b>	<b>PRODUTO A – Com Coparticipação</b>	<b>PRODUTO B – Sem Coparticipação</b>	<b>Diferença</b>
<b>Até 18 anos</b>	4.725,12	5.558,76	833,64
<b>De 19 a 23</b>	5.906,28	6.948,36	1.042,08
<b>De 24 a 28</b>	7.383,00	8.685,60	1.302,60
<b>De 29 a 33</b>	8.121,36	9.554,04	1.432,68
<b>De 34 a 38</b>	8.527,44	10.031,88	1.504,44
<b>De 39 a 43</b>	9.380,16	11.035,32	1.655,16
<b>De 44 a 48</b>	11.725,32	13.794,00	2.068,68



<b>De 49 a 53</b>	12.897,60	15.173,52	2.275,92
<b>De 54 a 58</b>	16.122,24	18.967,08	2.844,84
<b>59 ou mais</b>	28.213,56	33.192,00	4.978,44

FIGURA 11

201. Desses custos acima expostos pode-se classificar o valor despendido para pagamento de um plano sem coparticipação como sendo o custo real do plano de saúde e a diferença existente no “preço” dos produtos ‘A’ e ‘B’ como o repasse dos benefícios obtidos pela utilização moderada dos mesmos aos beneficiários.

202. Para todo gasto que estiver no intervalo de custos existente entre os Produtos A e B, irrelevante seria distingui-los como necessários ou excessivos para o beneficiário, pois este estaria em vantagem econômica em relação àquele que contratou um plano não moderado.

203. A partir do momento em que os gastos ultrapassam a diferença existente é que a questão passa a demandar uma atuação da Agência Reguladora, com fins a limitar as perdas dos beneficiários e os ganhos da operadora.

204. Como exposto a literatura econômica reconhece o risco moral como uma falha de mercado, ocasionada pela assimetria de informações, cuja incidência poderá se dar no mercado de planos de saúde e, reconhecendo-se tal possibilidade deve-se tentar mediante a regulação, garantir que a mitigação do mesmo não sirva de pretexto para uma mitigação total dos riscos que envolvem o negócio jurídico.

205. Pela regra geral<sup>33</sup>, contratarão planos moderados os beneficiários com menor tendência de utilização dos planos de saúde, pois em uma análise racional de cenários este analisaria seu próprio perfil de risco e seria capaz de avaliar se sua utilização esperada/normal reverteria em vantagem ao final do período de contratação.

206. Importante reforçar que contratos de seguro e assemelhados tem natureza aleatória e como tal há momentos em que se observará vantagens econômicas reais aos beneficiários e em outros não, contudo, esta análise não pode se dar apenas em razão das vantagens econômicas auferidas, uma vez que contratos de seguro geram valor de difícil mensuração que é a sensação de segurança daquele que possui aversão ao risco e os contrata.

207. Uma vez que não se quer permitir que o fator moderador se transforme em um “fator restritor severo”, conforme previsto na regulamentação vigente, a norma deve estabelecer o intervalo no qual será tolerada a alegação de se estar mitigando a incidência do risco moral.

208. Sob este aspecto a mensuração do risco devido dentro de um intervalo se mostra razoável, por permitir a proteção do beneficiário sem impor a obrigação de se classificar uma utilização como necessária ou não, o que seria de impossível operacionalização, inviabilizando a adoção dos mecanismos.

209. Somente para ilustrar eventual custo da incidência de coparticipação colocam-se abaixo alguns dados de utilização fictícia, com base em valores reais, extraídos da base do TISS e outras fontes de informações:

<sup>33</sup> O setor de saúde apresenta uma característica singular, sendo um mercado de custos crescentes, onde uma nova tecnologia não substitui, mas complementa aquela já existente. Desta forma, como alternativa ao aumento de custos os planos moderados tendem a ocupar maior espaço no mercado, limitando a possibilidade de escolha dos beneficiários cujo perfil contra-indiquem a contratação destes, sendo mais uma razão para justificar a necessidade de atuação da Agência Reguladora.

210. Considerando uma beneficiária com 40 anos e uma utilização anual de:

- 8 (seis) consultas simples;
- 1 (uma) Ressonância Magnética;
- 1 (uma) Tomografia computadorizada;
- 1 (uma) Ultrassonografia diagnóstica;
- 1 (uma) Mamografia;
- 1 (uma) internação; e
- Exames Complementares.

211. E os valores abaixo expostos (Figura 12):

Procedimentos	Preço Praticado	10%	20%	30%	40%	50%
Consultas simples em consultório	R\$ 80,00 <sup>34</sup>	R\$ 8,00	R\$ 16,00	R\$ 24,00	R\$ 32,00	R\$ 40,00
Ultrassonografia Abdome total	R\$ 129,00 <sup>35</sup>	R\$ 12,90	R\$ 25,80	R\$ 38,70	R\$ 51,60	R\$ 64,50
Ressonância Magnética diagnóstica	R\$ 500,00 <sup>36</sup>	R\$ 50,00	R\$ 100,00	R\$ 150,00	R\$ 200,00	R\$ 250,00
Tomografia Computadorizada Diagnóstica	R\$ 260,00 <sup>37</sup>	R\$ 26,00	R\$ 52,00	R\$ 78,00	R\$ 104,00	R\$ 130,00
Mamografia convencional bilateral	R\$ 117,00 <sup>38</sup>	R\$ 11,70	R\$ 23,40	R\$ 35,10	R\$ 46,80	R\$ 58,50
Internações	R\$ 950,00 <sup>39</sup>	R\$ 95,00	R\$ 190,00	R\$ 285,00	R\$ 375,00	R\$ 465,00
Exames Complementares	R\$ 390,00 <sup>40</sup>	R\$ 39,00	R\$ 78,00	R\$ 117,00	R\$ 156,00	R\$ 195,00

FIGURA 12

212. Considerando os percentuais previstos pelas propostas já discutidas dentro da ANS, no cenário mais oneroso para o beneficiário, seus gastos girariam em torno de R\$ 1.483,00 a título de coparticipação, menos, portanto, que o ganho certo que teria por optar por um plano coparticipativo, conforme demonstrado pela Figura 11.

213. A intenção deste exemplo não é estabelecer um valor certo para a coparticipação, mas apenas demonstrar que há uma boa margem para a utilização do plano de saúde com coparticipação, sem que isso signifique prejuízo financeiro para o beneficiário.

<sup>34</sup> Preço moda – valor mais comumente informado através do TISS

<sup>35</sup> Preço moda – valor mais comumente informado através do TISS

<sup>36</sup> Preço médio informado no D-TISS

<sup>37</sup> Preço médio informado no D-TISS

<sup>38</sup> Preço moda – valor mais comumente informado através do TISS

<sup>39</sup> Valores anuais aproximados extraídos do PAINEL de Precificação ANS para o ano de 2016 pela multiplicação do valor médio x a frequência de utilização.

<sup>40</sup> Valores anuais aproximados extraídos do PAINEL de Precificação ANS para o ano de 2016 pela multiplicação do valor médio x a frequência de utilização.

214. Em conclusão, para que fique clara a intenção da ANS com a presente norma, sugere-se seja expressada a natureza jurídica dos Mecanismos Financeiros de Regulação como Fatores de Moderação de Uso que podem se valer do pagamento eventual do beneficiário, referente a efetiva utilização dos serviços contratados, limitados a um valor cuja justificação encontra-se, primordialmente, na doutrina econômica que trata das falhas de mercado, para evitar que um ônus excessivo recaia sobre este.

215. Uma vez que se trata de pagamento eventual não estaria apto a ensejar o direito previsto no §6º, do art. 30, da Lei 9.656/98. Igualmente, por ter caráter eventual, tampouco se aplicaria para a hipótese prevista no parágrafo único do art. 13, que enseja a rescisão unilateral do contrato em razão de inadimplência.

#### IV.1.2 – CONCEITOS PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO:

216. Referente aos conceitos dos mecanismos financeiros de regulação alguns pontos merecem destaque:

217. Inicialmente há que se reconhecer, ao contrário do que se propôs em debate recente do tema dentro da ANS (vide item, II.3.4), que se tratam de institutos diversos, uma vez que ambos estão previstos pela lei 9.656/98.

218. Com relação à franquia, faz-se necessário enfrentar a discussão iniciada no processo 33902.527905/2012-60, acerca da possibilidade de uma eventual franquia superar o valor unitário de um procedimento específico, implicando no custeio integral do procedimento específico pelo beneficiário.

219. Da leitura da Resolução CONSU 08/98, a equipe da DIDES que trabalha no presente processo entende que pode ter havido uma regulamentação *ultra legem* por parte desta, uma vez que a Lei não faz menção sobre a cobertura de procedimentos unitários, mas a cobertura assistencial como um todo.

220. Ao tratar da amplitude das coberturas devidas pelos planos de saúde a Lei estabelece que o beneficiário não poderá arcar integralmente com sua cobertura assistencial, conforme depreende-se da leitura do inciso I, do art. 1º:

*I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às despesas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;*

221. Mais adiante o art. 10 traz a seguinte previsão:

*É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de*

*terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:*

222. Restringindo-se a interpretação do inciso I, do art. 1º ao procedimento individualizado e não ao que se encontra previsto no artigo 10, contemplando o tratamento para as doenças listadas na CID-10, a aplicação da franquia nos planos de saúde fica extremamente limitada, podendo ser uma das causas para que hoje se verifique um reduzido nº de planos registrados na ANS com a previsão de franquia, o que foi apontado dentro do GT Interáreas, na reunião que ocorreu em 14/07/2016, pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos, como uma questão a ser tratada pelo grupo.

223. Em momento anterior nesta exposição, quando da contextualização do tema, já foram expostas as lâminas de apresentação da DIPRO, ocorrida em 22/11/2016, em que se expõe o nº de produtos registrados com o Mecanismo Financeiro de Regulação “franquia” dentre seus atributos, bem como tabela obtida pelo cruzamento de bases da ANS (SIB e RPS), em consulta realizada no mês de maio de 2017, que demonstram a pouca adesão ao mecanismo da franquia (Figuras 2 e 3).

224. Adiciona-se que o Rol de procedimentos da ANS traz cerca de 3.300 procedimentos listados, alguns com custo extremamente elevado, ao passo que outros tem custo irrisório. Ao contratar um plano de saúde, o beneficiário tem acesso a todos os procedimentos listados e, em hipótese alguma, poderá vir a arcar com a cobertura integral de sua assistência, o que é um conceito bem mais amplo, pois a assistência de um beneficiário não se limita ao exame A ou B, mas ao conjunto de procedimentos e intervenções realizadas durante sua vida ou, em um espaço de tempo mais restrito, durante a vigência de seu contrato.

225. Há que se destacar que a ANS, por intermédio da DIDES, vem trabalhando com a revisão dos modelos vigentes de remuneração dos prestadores de serviços de saúde, sendo uma discussão que também já perdura por quase uma década e tem-se como entendimento que a “alimentação” do modelo vigente de “fee for service”, de se pagar a prestação do serviço por cada item, tende a aumentar os custos para o setor<sup>41</sup>, gerando riscos em relação à sua sustentabilidade e pressionando para cima os reajustes aplicados aos beneficiários.

226. Ou seja, restringir o conceito de cobertura da lei acaba por ir de encontro a própria forma como a ANS vem entendendo a cobertura assistencial, isto porque o modelo de remuneração de pagamento por procedimento acaba privilegiando a quantidade de procedimentos realizados em detrimento da qualidade, sendo incompatível com a própria natureza dos mecanismos que buscam incentivar o bom uso dos recursos da cobertura assistencial.

227. Ademais, ao analisar a Lei 9.656/98, em sua redação original, pode-se constatar que a mesma admitia a cobertura limitada dos custos de saúde, uma vez que não existia

---

<sup>41</sup> O tema também foi abordado pela ANS em: Idoso na saúde suplementar : uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor / Mártha Oliveira ... [et al.] . – Rio de Janeiro : Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016.

previsão em sentido contrário e se verifica da leitura do artigo 16 a previsão para limites financeiros no contrato<sup>42</sup>.

228. Pelo que se pode inferir a alteração do artigo 1º visou garantir a inexistência de um limite financeiro e não a vedação do custeio integral de um procedimento específico pelo beneficiário.

229. Desta forma, não se vislumbra óbice para a imposição de franquia que venha a implicar no custeio integral de procedimento pelo beneficiário, desde que essa franquia não importe no custeio integral de todos os procedimentos cobertos, sendo certo que tal vedação é de fácil operacionalização, sobretudo quando da proposta de um limite de exposição financeira, acima do qual não mais poderá incidir qualquer valor referente à franquia e/ou coparticipação.

230. Salienta-se que não há um retrocesso no entendimento em desfavor do consumidor. A uma porque a DIDES entende que não deve estar vinculada a um entendimento que amplia uma restrição prevista em lei; a duas porque sequer há como se afirmar que isso gera algum prejuízo para o beneficiário, uma vez que, como demonstrado no tópico anterior, a previsão de fator de moderação implica em um repasse de economia para o beneficiário que, mesmo pagando por um procedimento de forma integral, poderá vir a ter um efetivo ganho econômico ao final de um período de análise.

231. Desta forma, entende-se que é possível a previsão de um conceito de franquia semelhante ao conceito aplicado em contratos de seguro de outros segmentos, uma vez que no todo esse conceito não estaria conflitando com a previsão legal no que concerne a amplitude da cobertura, tampouco implicaria na imposição de uma limitação financeira para o custeio do plano de saúde, sendo uma modalidade de plano de saúde praticamente inexistente no mercado e que pode suprir uma lacuna em um segmento de beneficiários que desejam coberturas relacionadas tão somente aos riscos catastróficos, que hoje não encontram amparo em qualquer dos tipos de planos previstos pela Lei 9656/98, nem em planos de segmentação hospitalar, uma vez que se deve reconhecer a existência de procedimentos ambulatoriais cujos custos são extremamente elevados.

232. Acresça-se que nos sistemas de saúde analisados neste relatório não há qualquer vedação para a adoção da franquia, tampouco para utilização de institutos que aproximem os seguros de saúde dos demais tipos de seguro, não havendo qualquer depreciação em se tratar de forma similar contratos similares cujos objetos sejam diversos.

233. Em relação à coparticipação não parece haver grandes controvérsias acerca de seu conceito ou mesmo quanto à forma de incidência, uma vez que, superada a questão sobre a possibilidade de cobertura de valor integral para procedimento específico, pouca diferença fará se será expressa em percentual sobre o valor real ou tabela, ou por tabela com valores monetários fixos, vindo a refletir uma opção regulatória com a qual, recomenda-se, busque uma melhor informação do beneficiário, um mecanismo que seja visualmente mais fácil para ele quando da leitura do contrato.

234. Sobre a possibilidade de se ordenar os procedimentos em grupos não há óbice na norma, ressaltando que a proposta que seguiu para consulta pública em 2010 trazia uma divisão feita pela própria norma com percentuais de coparticipação incidindo de forma diferente em cada um dos grupos previstos.

---

<sup>42</sup> Tal previsão permanece na norma em vigor, contudo perdeu sua aplicabilidade com a previsão de inexistência de limite financeiro.

235. Recomenda-se por esta análise que o conceito de franquia seja aproximado ao conceito consagrado pelo mercado, com a possibilidade de custeio integral de procedimentos específicos, desde que não importe no custeio integral da cobertura do beneficiário.

#### IV.1.3 – COMO E QUANDO INCIDIRÁ A FRANQUIA/COPARTICIPAÇÃO:

236. Definida a natureza dos mecanismos financeiros de regulação passa-se a discutir o momento e a forma de incidência dos mesmos, uma vez que diversas possibilidades foram aventadas e rechaçadas no curso de todos os processos de discussão ocorridos no âmbito da ANS.

237. Neste tópico deve-se ponderar se é pertinente estabelecer regras rígidas para hipóteses e formas de incidência dos mecanismos de regulação ou se há margem para o estabelecimento de regras gerais.

238. Até o último Grupo de Trabalho havia um relativo consenso sobre a forma de incidência da coparticipação através de um percentual, o que gerou, inclusive, a parametrização do conceito de “fator restritor severo” com base em um percentual. Em dado momento se estabeleceu como diferença entre coparticipação e franquia a forma de incidência com uma incidindo em forma de percentual e a outra como valor monetário fixo, contudo, parece mais adequado avaliar as características e conceitos dos mecanismos antes de responder esta questão.

239. A franquia é um mecanismo consagrado no mercado segurador e apresenta, essencialmente, duas formas distintas de incidência, a primeira corresponde a cobrança por evento, na qual será cobrada a franquia devida em cada utilização do seguro, para cada sinistro ocorrido. Outra forma de incidência se observa no mercado de planos de saúde norte-americano, nos planos de franquia alta – *High Deductible Health Plans - HDHP*, em que o beneficiário será responsável por arcar com suas despesas de saúde até atingirem determinado valor, quando a responsabilidade passará a ser da seguradora, embora ainda compartilhada com o beneficiário.

240. No curso deste GT que discute o tema foram admitidas a possibilidade de ambas as formas de incidência da franquia, e, ainda, se admitiu a chamada franquia para internação, que, atualmente, aparece em diversos planos de saúde como uma espécie de coparticipação em valor fixo válido para internações.

241. Já a coparticipação se trata da participação do beneficiário no custeio de determinado procedimento realizado; como forma de moderar a utilização desnecessária dos serviços de saúde, estabelecendo-se que uma parte dos custos do procedimento deverá ser pago pelo beneficiário, adicionalmente à sua contraprestação mensal.

242. A grande diferença entre a franquia e a coparticipação se dá na forma como incidem os institutos. A franquia irá eximir a operadoras de planos de saúde do custeio até que se atinja determinado custo, ao passo que a coparticipação incidirá sobre uma parte dos custos, independentemente do valor ser alto ou baixo. Por esta razão, parece razoável entender que a franquia somente poderá incidir em valores monetários fixos, não havendo razão para que seja imposto impedimento para que a coparticipação incida das duas formas previstas.

243. Ainda sobre as coparticipações, originalmente se pregou a obrigatoriedade destas estarem vinculadas ao percentual do valor real dos procedimentos realizados, tendo

também havido uma flexibilização deste entendimento em prol de tornar mais simples a compreensão e incidência das mesmas.

244. Acerca da incidência de mecanismos de regulação em internações deve-se ponderar que uma vez definida a natureza dos mesmos, nada impede, que dentro dos parâmetros definidos, apliquem-se em internações, tendo em vista o risco moral não ser a razão da existência destes, mas um parâmetro utilizado para limitar o cofinanciamento eventual pelo beneficiário.

245. Considerando, ainda, a previsão pela norma de outros meios de proteção do beneficiário que evitam gastos exorbitantes e não mensuráveis em virtude de eventos catastróficos não se vislumbra impedimento de previsão de cobrança de coparticipação em percentual para internações, o que representa uma proteção maior que a atualmente existente, tendo em vista que valores fixos sem teto podem ser consideravelmente altos. Ressalta-se que já foi analisado por esta Diretoria contrato que previa coparticipação em valor fixo de até R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

246. Outra questão relevante diz respeito a quem deve remunerar o prestador de serviço quando da utilização de planos moderados. Entende-se que as relações jurídicas existentes se dão entre beneficiário e operadora e entre operadora e prestadores, sendo a operadora a intermediária entre beneficiários e prestadores de serviço, razão pela qual recomenda-se afastar a possibilidade de cobrança direta pelo prestador ao beneficiário, o que já vinha sendo adotado pelos grupos que discutiram o tema em 2012 e 2015.

247. Esse tema foi bastante abordado na consulta pública, sendo um pleito notável do setor que se vede tal possibilidade, conforme se verifica da planilha anexa.

248. Aspecto relevante a ser apontado é o risco que estaria se impondo ao beneficiário acaso se permitisse o pagamento direto ao prestador, pois, em que pese vedações do Código de Ética Médica haveria a possibilidade de negativas de cobertura em razão do não pagamento da parcela devida.

249. Em relação a incidência de mecanismo de regulação em atendimentos realizados em pronto socorro, deve-se atentar, em primeiro lugar, para o fato de a norma atual não trazer qualquer restrição e, em segundo lugar para o fato de efetivamente haver uma utilização/gerenciamento dos cuidados com a saúde dos indivíduos que busca limitar a utilização dos serviços em pronto-socorro àqueles que efetivamente demandariam tal nível de atendimento.

250. Por uma questão cultural, o beneficiário de plano de saúde se enxerga como um cliente preferencial que deve ser atendido quando e por quem desejar; buscam maior resolutividade que, em princípio, encontram em serviços de pronto-atendimento, uma vez que são imediatamente atendidos e eventualmente realizam exames complementares, sem necessitar de agendamento.

251. Ocorre que os serviços de pronto-atendimento deveriam se ocupar de situações de urgência e emergência reais, não servindo à comodidade do beneficiário. Isso não chega a ser uma questão de má-fé, mas, ao se voltar para o conceito de risco moral, constata-se que este não abarca apenas os comportamentos equivocados de má-fé, mas, também, aqueles comportamentos indesejáveis.

252. Neste aspecto, torna-se interessante estudar uma alternativa de se induzir comportamentos através da adoção de mecanismos financeiros de regulação e, para tal, uma das possibilidades, mas não a única, é se cobrar coparticipação e/ou franquia pela utilização dos serviços de pronto-atendimento.

253. Ressalva-se que os atendimentos em pronto-socorro que evoluírem para internação deverão ser computados dentro do atendimento maior para incidência do mecanismo, não sendo possível cobrar duas vezes, uma vez que a internação deve ser entendida como um evento único que, no caso, se iniciou com um atendimento no setor de pronto-atendimento.

254. Adoção de franquia/coparticipação diferenciados por prestador, prevendo isenções específicas da cobrança dos mecanismos financeiros de regulação em determinado tipo de atendimento pode se mostrar uma decisão economicamente melhor para a sustentabilidade do mercado, mas também para a própria saúde do beneficiário, que poderá ser incluído em um fluxo de atendimento organizado, muito mais eficaz, salientando-se a total compatibilidade destes mecanismos com as medidas adotadas pela própria ANS que fomenta uma alteração no modelo de atenção à saúde do beneficiário com a indução de adoção de programas de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde do Beneficiário<sup>43</sup>.

255. Por fim orienta-se pela previsão de incidência dos mecanismos nos seguintes procedimentos:

256. Para Coparticipação incidindo sobre procedimentos e grupo de procedimentos, entendendo-se este como um agrupamento livremente definido pela operadora, conforme critérios próprios, vedado o agrupamento por patologias e, para franquias incidindo sobre procedimentos ou sobre o acesso, entendendo-se este por cada utilização do plano de saúde, conforme o tipo adotado.

257. Em síntese, sugerem-se os seguintes encaminhamentos:

- Diferenciação quanto às formas de incidência de franquia e coparticipação;
- Reconhecimento da possibilidade de incidência de franquia por procedimento, bem como para modalidade de plano análoga aos HDHP;
- Franquia incidindo somente em valores monetários fixos;
- Coparticipação incidindo em percentual sobre o custo do procedimento, sobre tabela referencial ou valor monetário fixo;
- Possibilidade de cobrança de coparticipação em procedimentos realizados em pronto atendimento, em internações e utilização dos mecanismos financeiros para indução de comportamento desejável;

#### IV.1.4 – LIMITE PERCENTUAL/VALOR PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO:

258. O estabelecimento de um percentual ou valor monetário fixo como limite para incidência do fator de moderação não pode ser tratado como o único fator preponderante para a utilização do plano de saúde pelo beneficiário.

259. As discussões sempre abordaram a questão sob o ponto de vista da existência de um momento específico em que um percentual deixa de inibir a incidência do risco moral e passa a inibir a própria utilização necessária do plano de saúde.

---

43

[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/manual\\_promoprev\\_web.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf)



260. A realidade é um pouco mais complexa, não existindo um estudo que aponte de forma conclusiva para um percentual onde este fenômeno passe a ocorrer, havendo, tão somente, o indicativo que em determinado momento há uma redução na utilização do plano de saúde que afeta sobretudo populações mais expostas, tais quais crianças, idosos e indivíduos com baixa renda e escolaridade.

261. A extensão das coberturas é um ponto essencial para o início da análise, uma vez que a Lei 9.656/98 impõe a cobertura sem limitação financeira pelas operadoras de planos de saúde, sendo a inexistência de limite, por si só, um indutor de demanda, pois, inexistindo limites e inexistindo incentivos para que o beneficiário modere sua utilização, ele poderá tender a “maximizar” seus benefícios sobre utilizando o plano de saúde.

262. Desta forma, o percentual ou limite deverá levar em conta um valor suficientemente elevado para inibir a utilização do plano por mera conveniência ou para essa “maximização” de benefícios, sem, contudo, resultar em um valor excessivo ao ponto do beneficiário entender que será mais benéfico não buscar um atendimento efetivamente necessário ou recorrer a rede pública à pagar pela coparticipação/franquia e esse valor terá relação direta, também, com o valor pago a título de contraprestação pecuniária mensal, pois quanto maior for o “desconto” no valor da mensalidade, maior será a margem para repasse do custo ao beneficiário.

263. Ainda assim deve-se observar que planos de saúde com fatores de moderação não podem se confundir com os chamados Planos de Saúde com preço pós-estabelecido<sup>44</sup>. Percentuais ou valores muito altos para os mecanismos financeiros poderiam gerar mensalidades fixas muito baixas com parcelas variáveis correspondendo a maior parte do preço.

264. Concomitante ao que já fora dito sobre a inexistência de um valor exato, parece adequado que essa limitação observe, ao menos, o limite simbólico observado pela metade do valor, ponderando-se que exista uma margem de manobra para eventual adequação do valor no futuro, após análise de dados por ventura aferidos.

265. Analisando-se dados da tabela 22 do TISS, com as informações recebidas pela ANS sobre os procedimentos realizados no mercado de saúde suplementar, bem como outros dados disponíveis, verifica-se uma variação nos custos dos procedimentos que vão de valores baixos, como R\$ 6,30 para procedimento de hemoglobina glicada (A1T), utilizada para diagnóstico e controle de diabetes, até valores que ultrapassam R\$ 1.000,00, como alguns exames de alta complexidade, por exemplo PET Scan.

266. O estabelecimento puro e simples de um percentual ignora a variabilidade do valor dos procedimentos e poderá ser extremamente oneroso para o beneficiário, ainda que em um percentual relativamente baixo, se for o único parâmetro adotado. Por outro lado, ainda que o percentual seja relativamente alto, outras formas de limitação podem ser estabelecidas para evitar a onerosidade excessiva para o beneficiário.

---

<sup>44</sup> quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico/hospitalar.

O pós-estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções:

I – rateio – quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura;

II – custo operacional – quando a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.

3 - misto: permitido apenas em planos odontológicos, conforme RN nº 59/03.” (NR)

267. Considerando, ainda, a existência de uma razoabilidade e experiência do mercado no que concerne a precificação de um produto, entende-se que é possível o estabelecimento de um percentual mais alto com um outro tipo de limitador, sendo uma tendência natural que os percentuais se amoldem aos próprios valores dos procedimentos, com aqueles procedimentos mais caros sofrendo uma incidência menos “gravosa” do fator moderador que outros procedimentos de custos mais baixos.

268. Essa discussão já foi feita durante as discussões anteriores sobre o tema e os percentuais propostos oscilaram entre 10% para internações até 60% para procedimentos e exames simples, quando feitos por beneficiários de planos coletivos empresariais que não contribuíssem com mensalidade fixa do plano de saúde.

269. Nas discussões que se deram no curso da Câmara Técnica de 2012 a ANS chegou a apresentar uma proposta com base em metodologia atuarial e estatística que apontava para a possibilidade de uma coparticipação de, até, 50%. Nas duas últimas oportunidades em que o tema foi abordado por grupos instituídos pela ANS o percentual proposto foi de 40%, observando-se, sobretudo, experiências internacionais e um limite acima do qual se considera que o pagamento pelo beneficiário acaba assumindo a natureza pura de cofinanciamento.

270. Ainda neste tópico, mas já adentrando a outros, aponta-se para a necessidade do estabelecimento de um limite de exposição financeira, que impedirá que o beneficiário arque com valores muito altos e imprevisíveis quando da ocorrência de um evento catastrófico, bem como a previsão de hipóteses de isenções na incidência dos mecanismos, como forma de mitigar eventuais efeitos nocivos à saúde da população.

271. Aqui se confrontam duas alternativas de como estabelecer os limites para incidência da coparticipação nos planos de saúde, a primeira apresentada pelo GT que discutiu o tema em 2015, consistindo na categorização dos planos em 3 tipos distintos, um com Coparticipação variando de 0-20%, outro de 20-30% e um último de 30-40%, os quais seriam oferecidos pela operadora, não podendo haver adoção de percentuais diferentes daqueles previstos para o tipo específico. E o segundo com a adoção de um limite único e variável conforme o critério de conveniência e oportunidade da operadora, desde que respeitados o limite máximo previsto e o limite de exposição financeira proposto.

272. A primeira opção apresenta vantagem em relação a facilidade de monitoramento da norma pela ANS e por possibilitar uma melhor comparabilidade entre os produtos existentes pelos beneficiários, mas traz a desvantagem de não permitir que as operadoras ofereçam procedimentos com percentuais diferenciados, o que impõe que procedimentos de custos elevados ou não sejam tratados de forma igual, sendo potencialmente prejudicial para o beneficiário.

273. Para que esta opção realmente atinja seu propósito de facilitar o monitoramento, vislumbra-se a necessidade de alteração da NTRP para que a operadora informe especificamente o tipo de plano correspondente, o que importaria na obrigatoriedade de registro de novos produtos ou, ao menos, de alteração dos produtos já existentes.

274. A segunda alternativa apresenta como vantagem a possibilidade de diversificação dos produtos ofertados, com maior flexibilidade para dispor de percentuais maiores para procedimentos menos custosos em oposição a percentuais menores para procedimentos

mais caros, valendo-se da expertise do mercado, considerando que os planos serão mais adequadamente formulados se houver uma margem maior para que as partes negociem, sem perder de vista que ainda assim existirá um limite que garantirá uma adequada proteção aos beneficiários.

275. Apresenta outra vantagem, pois o monitoramento desta modalidade não ensejaria alteração necessária da NTRP, uma vez que não haveria qualquer alteração nas características essenciais do produto, bem como não se estabeleceria um parâmetro cujo monitoramento seja objetivo ao ponto de justificar uma alteração.

276. Desde 2016 a ANS já recebe a informação via Padrão TISS sobre os valores recebidos pelas operadoras a título de fator de moderação, havendo dois campos para a operadora informar os valores. Um referente aos valores pagos aos prestadores de serviços e outro referente ao valor recebido a título de fator de moderação, pago pelo beneficiário.

277. Uma terceira alternativa ainda não explicitada em nenhum grupo, mas que ficou implícita de algumas contribuições recebidas seria a adoção de um percentual mais baixo para a coparticipação sem, contudo, se prever um limite de exposição financeira. Afasta-se essa proposta em razão dos riscos que geram aos beneficiários. Reforce-se que tal proposta em muito se assemelharia ao modelo trazido pela CONSU 08/98, diferindo-se somente pela existência de um percentual máximo de incidência, o que em muitos casos seria suficiente para proteger os beneficiários, mas em outros os deixariam excessivamente expostos.

278. Um risco vislumbrado pela DIDES e que independe do modelo adotado é que a NTRP não obriga que seja informado o preço de comercialização dos produtos, o que não permite que a ANS faça o acompanhamento efetivo sobre o preço dos produtos conforme o fator de moderação adotado, dificultando a comparabilidade com os planos atuais, cujos fatores são adotados sem um limite específico previsto pela regulamentação.

279. Tal situação mostra-se extremamente sensível dada a premissa de que fatores de moderação importam, necessariamente, na redução dos valores pagos a título de mensalidade pelos beneficiários e que eventual novo normativo trará maior proteção para o beneficiário, o que, em tese, poderá gerar um custo um pouco maior deste produto em relação àqueles já comercializados.

280. Cabe salientar que o Ministério da Fazenda, através do Parecer Analítico sobre Regras Regulatórias nº 122 /COGPC/SUCON/SEAE/MF, já se manifestou no sentido de que a existência de uma grande diversidade de planos, ao invés de dar poder ao consumidor, permitindo-lhe melhor escolha e adequação de perfil, fragiliza-o, por dificultar o acesso à informação.

281. Em que pese a opção pelas tipologias ter a vantagem sob o ponto de vista do Parecer da SEAE de limitar o número de opções existentes, entende-se que traz uma intervenção exagerada no mercado, pelo que retira quase que inteiramente a margem de negociação das partes. Ademais, os limites propostos para a adoção da outra alternativa estariam aptos a garantirem uma efetiva proteção ao consumidor de plano de saúde.

282. Adicionalmente, optar-se pelas tipologias implicaria em uma alteração radical do modelo vigente, em que a norma permite quase tudo, passando para uma norma que não

permite quase nada. Mudanças radicais tendem a gerar impactos maiores, dificultando a adesão ao normativo, ou seja, prejudicando-o no campo da eficácia.

#### IV.1.5 – EXISTÊNCIA DE UM TETO DE GASTOS COM A INCIDÊNCIA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:

283. Em prosseguimento ao tópico anterior, coloca-se a necessidade de se estabelecer um limite máximo para os gastos do beneficiário com o plano de saúde, sendo essa uma consequência necessária após o reconhecimento da natureza dos mecanismos financeiros de regulação.

284. Uma vez que não se tratam de mecanismos para o mero cofinanciamento do plano de saúde pelo beneficiário, a inexistência de um teto previsto tem o condão de tornar excessivamente onerosa a modalidade de produto justamente para aqueles que estariam mais expostos, que seriam beneficiários com sinistralidade<sup>45</sup> alta.

285. Ainda que se tenha exposto que planos com Mecanismos Financeiros de Regulação não se amoldem a qualquer tipo de beneficiários, há que se reconhecer que os planos de saúde são contratos aleatórios, de prestação continuada, com prazo indeterminado, pelo que o contrato feito hoje, conforme o perfil atual do beneficiário, será o mesmo depois de alguns anos, em que a saúde do indivíduo pode se deteriorar.

286. Assim, importante destacar que o limite de exposição financeira se prestará a evitar perdas elevadas por eventos catastróficos em relação aos beneficiários, bem como funcionará como um mecanismo que permitirá uma transição menos traumática do beneficiário cujo perfil deixou de ser adequado para a utilização de planos com fatores de moderação.

287. Importante, pois, garantir que normas de portabilidade permitam que beneficiários em planos com coparticipação/franquia transitem com maior facilidade dentro do mercado, talvez com menores restrições para a realização desta quando verificada a inadequação do perfil do beneficiário ao plano contratado.

288. Para o estabelecimento de um valor de limitação financeira há dois cenários possíveis, estabelecer que a definição do mesmo dar-se-á no contrato entre as partes ou definir o limite na própria norma.

289. Deixar a definição para as partes tem a vantagem de deixar que estas, analisando suas expectativas de custos e utilização, negociem valor que gere maiores benefícios para ambas em um cenário de normalidade, contudo pode se mostrar excessivamente onerosa em hipóteses imprevistas, quando as partes não mensuram adequadamente os riscos envolvidos.

290. A definição mediante norma torna todos os aspectos do negócio conhecidos desde antes da assinatura do contrato, o que praticamente anula a hipótese de um evento catastrófico gerar um ônus insustentável ao beneficiário. Paralelamente, permite que a operadora precifique seu produto de forma mais precisa, considerando o risco de vir a sofrer algum prejuízo com o custeio de um procedimento excessivamente oneroso.

---

<sup>45</sup> Mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).

291. Recomenda-se, sobretudo em virtude da maior transparência que se garante, que a ANS defina esse limite no próprio normativo, não deixando essa possibilidade para as partes através da negociação.

292. Definida a forma de disposição do limite de exposição, passa-se a discutir efetivamente quais seriam esses limites. A proposta mais recente apresentada levou em consideração um limite mensal de gastos em conjunto com um limite anual, entendendo que seria razoável que a perda eventual do beneficiário correspondesse ao dobro do ganho efetivo e certo que ele teria mensalmente, quando da não utilização do plano de saúde. Por esta razão o limite proposto ficou próximo aos 50% de acréscimo mensal e 40% de acréscimo anual<sup>46</sup>, considerando que a economia na mensalidade dos planos com fatores de moderação gira em torno de 25%, conforme atesta-se da análise do Painel de Precificação.

293. Revisa-se, no entanto tal proposta, uma vez que não há uma certeza plena sobre a manutenção da mesma razão de redução entre os planos regulados pela CONSU 08/98 e os planos regulados pela norma que se propõe. Pelo que se sugere retornar ao parâmetro proposto pelos outros grupos que discutiram o tema, qual seja, a própria mensalidade do beneficiário como o limite máximo, ou seja, deve-se admitir o incremento do pagamento mensal para até o dobro do valor pago pelo beneficiário como mensalidade, reiterando o caráter aleatório do contrato.

294. Esse parâmetro leva em conta critério objetivo e deve ser pautado pelo conhecimento prévio do beneficiário sobre o quanto ele poderá vir a arcar em um período determinado. Considerando que o preço do plano moderado é menor sabe-se que no início do mês o beneficiário está em vantagem, que vai reduzindo na medida que o plano é utilizado.

295. Em algum momento pode haver uma reversão quando, em tese, a vantagem passa a ser da operadora, mas isso é uma característica inerente ao tipo de contratação que não deve ser artificialmente alterada pela regulação.

296. Contudo, a regulação não pode permitir que essa vantagem se torne de tal forma excessiva que represente um ônus exagerado para os beneficiários e, considerando a aleatoriedade do contrato e todas as discussões já ocorridas no âmbito dos grupos que debateram o tema o percentual de 100% parece o mais indicado, até porque, a limitação excessiva desse percentual importará na redução do ganho do beneficiário com uma mensalidade menor.

297. Com intuito de garantir a previsibilidade do valor que poderá vir a ser arcado pelo beneficiário recomenda-se que este seja estipulado no momento inicial da contagem do prazo, pelo que, em um prazo anual o valor deve ser obtido pela multiplicação por 12 (doze) do valor da mensalidade do primeiro mês, desconsiderando eventual reajuste que venha a ser aplicado no curso do período e que não é mensurável no momento da quantificação.

298. Em relação ao Limite de Exposição Mensal a ANS deverá se manifestar quanto a possibilidade de se permitir a cobrança de eventual resíduo nos meses subsequentes, uma vez que tal prática ocorre no mercado, sobretudo com operadoras de autogestão, mas já foi rechaçada no GT de 2013, conforme relatado no item II.3.2 deste relatório.

---

<sup>46</sup> Uma vez que dentro de um ano é quase certo que haja uma utilização devida do plano de saúde o ganho efetivo do beneficiário seria menor que os 25% da diferença nos valores de mensalidade.

299. Deve ser considerado que a norma atual não trata deste assunto e, talvez, nem a nova norma deva tratar, uma vez que seria uma regra inerente ao direito civil e não propriamente uma regra regulatória, contudo, ao estabelecer um limite para os gastos mensais e anual dos beneficiários a ANS acaba por se intrometer no equilíbrio contábil do produto, até porque, na hipótese de se vedar expressamente tal possibilidade o mercado estimará os riscos e precificará seus produtos computando e repassando suas perdas para os beneficiários.

300. Uma vez que se vislumbra efetiva vantagem para o beneficiário na cobrança diferida em relação ao que se tem normatizado hoje e que tal prática já é por vezes adotada recomenda-se permitir ou não vedar tal possibilidade. Tendo em vista, contudo, a controvérsia quanto a caracterização desta cobrança como uma operação financeira recomenda-se a manifestação da PROGE sobre este aspecto em específico.

#### IV.1.6 – EXISTÊNCIA DE PROCEDIMENTOS ISENTOS:

301. De tudo que já foi exposto neste trabalho, não há espaço para se questionar a necessidade de se estabelecer um rol mínimo de procedimentos que deverão estar isentos da cobrança de franquia ou coparticipação, seja porque inexiste risco moral em sua utilização ou mesmo porque é desejável que o beneficiário realize dentro de uma rotina de prevenção e redução de danos.

302. Outros sistemas de saúde como o Americano e o Holandês adotam isenções específicas como forma de mitigar os riscos da existência de fatores de moderação para a utilização necessária, conforme exposto no item II.1.1 e II.1.3.

303. Estudos como o RAND HIE (Artigo Científico 03), referenciado no item II.3.5 desta análise, que embora bem antigo, permanece sendo uma referência no assunto de utilização de mecanismos financeiros em planos de saúde, apontam para a direção da redução da utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários submetidos aos Mecanismos Financeiros de Regulação.

304. Suas principais conclusões são:

*De forma geral o experimento demonstrou que os participantes que tinham algum tipo de mecanismo incidindo no custo de sua assistência usaram menos os serviços em relação aos que não tinham;*

*Os mecanismos reduziram a utilização dos procedimentos mais e menos efetivos de forma igual, não afetando significativamente a qualidade da atenção à saúde recebida;*

*Em geral os mecanismos não trouxeram efeitos adversos para a saúde dos participantes, contudo a assistência gratuita (sem incidência do mecanismo) levou a melhora de alguns sintomas mais sérios. Essa melhora se concentrou nas camadas mais pobres e doentes.*

305. Ainda na análise dos estudos o Artigo Científico 37, também referenciado no Item II.3.5, obteve os seguintes resultados e conclusões:

*Resultados. Em comparação com o grupo sem coparticipação, os grupos com alta e baixa coparticipação tiveram menor*

*propensão para buscar cuidados para sintomas menos relevantes, contudo, só o grupo com alta coparticipação apresentou taxas menores de busca para sintomas mais sérios. Os três grupos, no entanto, apresentaram resultados similares quanto a sua percepção acerca da própria saúde, física e mental. Conclusões. Em uma população cronicamente doente a coparticipação reduziu a busca por cuidados para sintomas mais e menos relevantes. Apesar de não ter havido diferença quanto ao estado de saúde auto relatado os planos de saúde com coparticipação precisam ser cuidadosamente monitorados em relação a potenciais efeitos adversos pela propensão de redução do uso considerado necessário e apropriado.*

306. Os procedimentos listados pela proposta apresentada para a Consulta Pública nº 60 tomaram por base protocolos consagrados, utilizados nacional ou internacionalmente para a prevenção de doenças como alguns tipos de cânceres e diabetes.

307. Foram escolhidos os procedimentos mais utilizados para rastreio e detecção precoce do Câncer de Mama e Câncer de Colon e Reto, cuja prevalência na população brasileira é alta e a detecção precoce aumenta consideravelmente a chance de sucesso do tratamento.

308. Escolhidos ainda exames para detecção e acompanhamento da Diabetes Mellitus, uma das doenças crônicas de maior prevalência na população, cuja falta de acompanhamento adequado pode ocasionar uma série de graves e custosas consequências para o indivíduo e, por conseguinte para as operadoras de planos de saúde e para a sociedade como um todo.

309. No Caderno de Atenção Básica – Rastreamento, publicado pelo Ministério da Saúde<sup>47</sup> há diretrizes para diversos procedimentos preventivos para os tipos de cânceres, bem como rastreio de diabetes e que fundamentam as isenções inclusas.

310. Ressalta-se, ainda, que o próprio manual não recomenda um protocolo específico para rastreio e detecção precoce do Câncer de Próstata, razão pela qual não consta uma isenção específica.

311. Com base neste documento foram ajustadas algumas isenções como forma de adequar aos protocolos da OMS, evitando utilização desnecessária. Que se diga, no entanto, que operadoras podem e devem observar casos específicos em sua carteira que demandem um acompanhamento mais criterioso dos seus beneficiários que se enquadram dentro de algum fator de risco não previsto genericamente, o que pode ser feito por seus programas de Promoção à saúde e Prevenção de Doenças.

312. Incluiu-se por uma questão de opção regulatória procedimentos referentes ao pré-natal, uma vez que se entende que a realização de um acompanhamento efetivo e adequado pela parturiente possibilita uma gestação mais segura, com menores riscos de apresentação de complicações que geram custos elevados.

313. Para esses procedimentos foi adotado como parâmetro principal as recomendações do Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, publicado pelo Ministério da Saúde<sup>48</sup>.

<sup>47</sup> [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)

<sup>48</sup> [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)

314. Optou-se, ainda, por incentivar o uso de determinado tipo de consulta médica em uma tentativa de direcionar a população para um modelo de saúde mais abrangente, menos focado em especialidade e mais focado na integralidade do cuidado.

315. Abaixo copia-se a lista proposta e submetida para Consulta Pública e já com algumas adequações, como a retirada de critérios subjetivos ou de difícil/impossível controle pela operadora que motivariam a isenção, como “adulto com vida sexual ativa” ou “um segundo exame na hipótese do primeiro ser positivo”:

*I – 4 (quatro) consultas realizadas com médico generalista (pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia), a cada 12 meses;*

*II – Nos exames preventivos, entendendo-se por estes por:*

*a) Mamografia – mulheres de 40 a 69 anos – 1 exame a cada 2 anos;*

*b) Citologia oncótica cérvico-uterina – mulheres de 21 a 65 anos – 1 exame por ano;*

*c) Sangue oculto nas fezes – adultos de 50 a 75 anos – 1 exame ao ano;*

*d) Colonoscopia – em adultos de 50 a 75 anos;*

*e) Glicemia de jejum – 1 exame ao ano para pacientes acima 50 anos;*

*f) Hemoglobina glicada – 2 exames ao ano para pacientes diabéticos;*

*g) Lipidograma – homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos – 1 exame/ano;*

*h) Teste HIV e sífilis, 1 exame/ano.*

*III – Nos tratamentos crônicos em qualquer número, entendendo-se estes por hemodiálise (TRS), radioterapia e quimioterapia intravenosa e oral, Hemoterapia crônica e imunobiológicos para doenças definidas nas DUTs.*

*IV – Exames do Pré-Natal, entendendo-se por:*

*a) Sorologia para sífilis, hepatites e HIV;*

*b) Ferro sérico;*

*c) Citologia cérvico-uterina;*

*d) Cultura de urina;*

*e) Tipagem sanguínea (ABO) e RH;*

*f) Toxoplasmose;*

*g) EAS;*

*h) Glicemia de jejum;*

*i) Teste de COMBS direto;*

*j) Pelo menos 3 exames de ultrassonografia, uma por volta da 11ª semana, outra por volta da 18ª semana e uma terceira entre a 34ª e 37ª semanas de gestação; e*

*k) 10 consultas de obstetrícia*

316. É verdade que beneficiários de planos com coparticipação pagam menos por estes planos e devem analisar seu próprio perfil antes de contrata-los. Contudo, o mercado de saúde suplementar apresenta algumas peculiaridades bastante significativas.

317. Em primeiro lugar, uma vez que os contratos são feitos para prolongarem-se no tempo, as condições de saúde do beneficiário não serão as mesmas após algum tempo de contratação. Sob o ponto de vista atuarial é possível para a operadora precificar seu produto levando em consideração eventual limite posto pela Agência Reguladora, contudo, essa mesma possibilidade dificilmente existirá para o beneficiário que não tem como prever com antecedência um evento incerto que afetará sua saúde e o levará a demandar mais os serviços de seu plano de saúde.

318. Outro ponto relevante diz respeito aos custos efetivos de eventual isenção, pois há uma grande dificuldade em se quantificar a economia havida pela realização de exames preventivos.



319. Relevante apontar que muitos dos exames elencados têm custos significativamente baixos para as operadoras, de forma que permitir sua realização para que os beneficiários que se enquadram na faixa indicada pelos protocolos possam controlar melhor a sua saúde, muito provavelmente, gerará no médio/longo prazo economia para a operadora.

320. De qualquer forma todos os custos advindos das isenções previstas em normativo são mensuráveis pelas operadoras no momento da precificação de seus produtos, o que afasta o risco de desequilíbrio nesses contratos, uma vez que os planos comercializados antes da vigência da norma não estarão vinculados às suas regras.

321. A isenção trazida pela norma não pode ser confundida com programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Diversas contribuições recebidas no curso da consulta pública tentavam vincular uma questão à outra. Todavia, o conceito de promoção e prevenção é bem maior que a mera existência de isenções, envolvendo políticas de indução a comportamentos desejáveis, dentre os quais pode estar o de realização de exames em caráter preventivo.

322. Por outro lado, é interessante o direcionamento dado por algumas contribuições para a possibilidade de se estabelecer isenções em produtos com ênfase em atenção primária, sendo uma possibilidade não vedada pelas normas vigentes, podendo, portanto, desde logo ser implementada por operadoras, independente de norma, o que não impede que a norma venha a reforçar a possibilidade, o que pode se mostrar como um artifício útil dentro de um contexto regulatório em que se busca uma alteração no padrão de consumo em saúde do beneficiário de planos de saúde.

323. Ademais, com fins a reduzir eventuais impactos e permitir um maior controle das operadoras de planos de saúde sobre a utilização do plano de saúde pelos seus beneficiários entende-se ser viável a disposição de regra que vincule a concessão de isenção a utilização de uma rede especificamente indicada para esta finalidade, razão pela qual se propõe tal adequação como uma das opções possíveis no cenário de isenções, sendo, ainda a opção a ser indicada pela proposta que hora se faz.

#### IV.1.7 – COMO REAJUSTAR A COPARTICIPAÇÃO/FRANQUIA:

324. A forma de reajuste dos mecanismos financeiros de regulação vem sendo tratados até o momento em paralelo com o reajuste dos planos de saúde, individuais e/ou coletivos, contudo, no curso deste grupo técnico, definiu-se como parâmetro para aplicação do reajuste nos fatores de moderação o reajuste concedido pelas operadoras aos prestadores de serviço.

325. O tema “reajuste dos prestadores de serviço” é tratado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial e foi objeto de regulamentação através da RN 364/14. Nesta RN ficou estabelecido o índice de reajuste a ser definido pela ANS para os casos em que o contrato de prestação de serviços possuísse como único critério para definição de reajuste a livre negociação das partes, quando da impossibilidade das partes firmarem um acordo.

326. A experiência acumulada durante os anos de vigência das RNs 49, 54 e 71, bem como após a vigência das RNs 363 e 364/14 permitem que se aponte que a regra do mercado é de reajustes abaixo do índice do IPCA, sendo comum, por exemplo, cláusulas que estabeleçam percentuais de índices para o reajuste.

327. Desta forma a ponderação necessária é se é válida ou não a equiparação dos reajustes aplicados para coparticipação e franquia com os reajustes de planos individuais e/ou coletivos ou se o parâmetro mais seguro seria o índice de reajuste previsto para prestadores de serviço na RN 364/14.

328. Entendendo-se que a coparticipação e franquia incidem sobre um serviço prestado pelos prestadores de serviço a lógica é a de se adotar um parâmetro que aproxime do reajuste aplicado para estes, entendendo-se, no entanto, que a relação dos valores tenha ligação direta com o preço do produto ofertado fará maior sentido manter a linha adotada nas discussões anteriores.

329. Seja qual for a hipótese é importante ressaltar que quando se tratar de percentual de coparticipação que incida diretamente sobre o valor pago ao prestador de serviço não fará sentido estabelecer um percentual de reajuste, uma vez que este ocorrerá automaticamente com o reajustamento do prestador de serviço.

330. Assim, embora sejam plausíveis ambas as alternativas, considerando a notória relação da adoção do mecanismo com a própria precificação do produto, resultando em contraprestação menor para o beneficiário, opta-se pela adoção de critério análogo ao critério de reajuste dos planos de saúde.

#### IV.1.8 – APLICABILIDADE EM PLANOS ODONTOLÓGICOS:

331. Em princípio não se observa nos planos odontológicos nenhuma característica que impeça a utilização de mecanismos financeiros de regulação para seus beneficiários, contudo há que se atentar para algumas peculiaridades dessa segmentação de produtos.

332. Inicialmente saliente-se que os planos odontológicos estão dispensados do envio de NTRP, não havendo como se propor medidas às operadoras que imponham tal obrigação.

333. Observa-se que a ANS possibilita a comercialização de produtos com regime misto de pré e pós pagamento para os planos de segmentação odontológica, e que estes teriam um rol de procedimentos que deveriam obrigatoriamente ser oferecidos em regime de pré-pagamento, sem incidência de mecanismos financeiros de regulação.

334. Considerando, portanto, que os planos odontológicos já possuem tratamento diferenciado em alguns normativos da ANS, que possui autorização para comercialização em regime misto de pós-pagamento, que traz um ônus maior que a incidência de mecanismos financeiros aos beneficiários, sem qualquer incidência de limites percentuais ou de exposição, opina-se pela distinção destes planos na norma, com o afastamento dos limites aqui propostos com fins a não inviabilizar a aplicação de mecanismos financeiros nesses produtos.

335. A adoção de critérios iguais para a segmentação odontológica não é recomendado dadas as peculiaridades desta, o que afetaria a própria efetividade da norma, que poderia alcançar resultados opostos quando comparadas com a segmentação médico/hospitalar.

#### IV.1.9 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:

336. Interessante observar que desde o início das discussões na ANS não se verificou qualquer proposta para alteração dos parâmetros de incidência dos fatores de moderação em internações psiquiátricas.

337. Em que pese a influência de um contexto da reforma psiquiátrica ocorrida entre as décadas de 90 e 00, não parece adequado o tratamento atualmente dado para a questão, uma vez que há formas menos onerosas de se inibir a utilização indevida dos recursos existentes.

338. A Lei 10.216/01 traz como direitos dos doentes mentais, em seu artigo 2º, o seguinte elenco:

*Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.*

*Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:*

*I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;*

*II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;*

*III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;*

*IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;*

*V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;*

*VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;*

*VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;*

*VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;*

*IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.*

339. Dispõe, ainda, em seu artigo 4º que: *A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.*

340. Diferentemente dos demais procedimentos médicos as internações psiquiátricas, em muitas circunstâncias, geravam uma grande violência contra o paciente, que em situações de extrema fragilidade se via forçado a viver sob regime de internação, realizada sem seu consentimento, em circunstâncias muitas vezes que desconsideravam a melhor indicação clínica.

341. Dito isso se verifica que a questão das internações psiquiátricas foge do dilema do risco moral e se insere dentro de uma escolha política que efetivamente se justifica tecnicamente, contudo merece uma melhor ponderação.

342. Quando do advento da Resolução CONSU 08/98 a ANS não trabalhava com as DUTs no rol de procedimentos, de forma que qualquer procedimento previsto como sendo de cobertura obrigatória deveria ser garantido pela operadora conforme solicitado.

343. Com o advento das diretrizes não basta a solicitação, pois em determinados casos somente haverá a obrigatoriedade de cobertura se o beneficiário se enquadrar dentro de alguns parâmetros.

344. Não se defende a liberação das internações psiquiátricas para que se retorne ao regime anterior em que o indivíduo com doença/transtorno psiquiátrico era privado da

convivência em sociedade, contudo, não parece adequado manter o acesso a internação tão restrito para o beneficiário da saúde suplementar, sendo um contra-senso uma norma que “advoga” pela vedação a existência de um “fator restritor severo” ou a necessidade do estabelecimento de limites máximos de incidência dos mecanismos de regulação permitir a existência de regra tão restritiva.

345. Desta feita a recomendação deste grupo, também com base em diversas contribuições recebidas por entidades que defendem os direitos dos consumidores, é a de igualar as regras incidentes sobre internações psiquiátricas às regras que incidem para os demais procedimentos.

346. Concomitantemente observa-se a necessidade iminente de se discutir internamente na ANS, sobretudo na DIPRO, tendo em vista sua atribuição regimental sobre elaboração e atualização do Rol de Procedimentos Mínimos, regras para a utilização de Internações Psiquiátricas que sejam, ao mesmo tempo, indutoras de boas práticas sem facilitar excessivamente o acesso de forma a prejudicar toda a fundamentação construída ao longo das últimas décadas.

347. Em razão desta discussão observa-se a necessidade de revogação de artigo 22, II da RN 428/17 que trata da incidência de fatores de moderação para este tipo específico de internação.

#### IV.1.10 – OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DE NOVOS PRODUTOS:

348. Aqui se deve avaliar a possibilidade ou não de se manter a comercialização dos produtos registrados conforme a regra vigente da Resolução CONSU 08/98 e, para tal, deve-se observar os impactos de cada opção existente.

349. A Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro traz a seguinte previsão sobre a aplicação da Lei no tempo:

*Art. 6º A Lei em vigor terá efeito imediato e geral, respeitados o ato jurídico perfeito, o direito adquirido e a coisa julgada. (Redação dada pela Lei nº 3.238, de 1957)*

*§ 1º Reputa-se ato jurídico perfeito o já consumado segundo a lei vigente ao tempo em que se efetuou. (Incluído pela Lei nº 3.238, de 1957)*

*§ 2º Consideram-se adquiridos assim os direitos que o seu titular, ou alguém por ele, possa exercer, como aqueles cujo começo do exercício tenha termo pré-fixo, ou condição pré-estabelecida inalterável, a arbítrio de outrem. (Incluído pela Lei nº 3.238, de 1957)*

*§ 3º Chama-se coisa julgada ou caso julgado a decisão judicial de que já não caiba recurso.*

350. Ou seja, pela regra do Direito Civil a norma nova aplicar-se-á de imediato aos novos contratos firmados sob sua vigência, resguardando-se aqueles atos já consolidados no ordenamento.

351. Reputa-se respeitado o ato jurídico perfeito quando a norma nova não altera as características dos produtos já comercializados, existindo um direito adquirido em relação

as regras previstas que observavam o disposto na regulamentação anterior que não vinculam, no entanto, as novas contratações.

352. Uma vez que não está se propondo a alteração compulsória dos produtos registrados, tão somente a adoção de novas regras para contratos firmados após a vigência do normativo, o entendimento é de que não se viola direito adquirido ou ato jurídico perfeito a obrigatoriedade de se enquadrar novas contratações dentro do regramento novo.

353. Insta observar também que a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 28/00, norma que trata da Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP, faculta em seu art. 6º, às operadoras a possibilidade de alteração das mesmas na hipótese de alterações “*que ocorrerem alterações nas premissas epidemiológicas, atuariais ou de custos, bem como quaisquer outras que modifiquem o Valor Comercial da Mensalidade*”.

354. Não há a obrigação de se registrar novos produtos, uma vez que as alterações propostas não alteram características essenciais do produto, não demandando alterações no registro, contudo, em observância às regras de direito existentes a aplicação da nova regra tem efeitos gerais e imediatos, sendo certo que em implicando em alterações substanciais de aspectos atuariais ou de custos deverá ser feita a adequação da NTRP.

355. Recomenda-se a adoção de proposta que permita a comercialização de produtos já registrados, contudo vincule a comercialização de novos contratos a observância da nova regra, tendo em vista Princípios Gerais do Direito.

356. Há que se pontuar que a possibilidade de se vedar a comercialização de planos já registrados gerou uma grande preocupação no mercado, com a possibilidade de obrigá-los a ter que registrar novos produtos para se valer dos mecanismos de regulação.

357. É verdade que no campo oposto, Defensoria Pública e Ministério Público do Rio de Janeiro pleitearam que a ANS obrigasse que fosse feita a adaptação de todos os produtos já comercializados.

358. Na proposta formulada pelo grupo para Consulta Pública nº 60 foi proposta a manutenção da comercialização dos produtos já registrados, sem vinculação dos novos contratos com as novas regras e, posteriormente, apresentou-se proposta em sentido oposto.

359. Em reunião com a DIPRO, realizada em 18 de agosto de 2017 foi sinalizado pela Diretoria que os impactos decorrentes da suspensão de comercialização dos produtos atuais e obrigação de registrar novos produtos seriam substanciais, não havendo condições da diretoria de suportar o aumento de demanda sem prejudicar suas atividades rotineiras.

360. Diante de tal fato, mas entendendo a necessidade de aplicação imediata das regras que aqui se propõem entende-se que o mais adequado é que se opte pela alternativa de manutenção dos registros existentes e possibilidade de comercialização desses produtos que deverão, necessariamente, observar as regras novas para novas contratações.

361. Para tanto é importante que a DIPRO manifeste-se sobre eventual impacto que vislumbra para a área com a adoção do entendimento proposto, uma vez que pode demandar a necessidade de adequação das NTRPs na forma do art. 6º, da RDC 28/00.

## **IV.2 – FORMA PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA MEDIDA REGULATÓRIA:**

362. Quando da elaboração de proposta de medida regulatória deve-se analisar a forma como a mesma deverá ser implementada.

363. Dada a complexidade do tema e a necessidade de se lidar com um normativo existente que deverá se manter em vigor em razão de tratar de outros temas não relacionados ao tema em análise, a proposta para implementação consiste em:

364. Editar nova Resolução Normativa que revogará parcialmente a Resolução CONSU 08/98 nos pontos em que esta norma dispõe sobre mecanismos financeiros de regulação;

365. Definir no novo normativo uma norma de transição que preveja a aplicação dos artigos da Resolução CONSU 08/98, mesmo após sua revogação, para os contratos firmados durante a sua vigência, uma vez que a regra jurídica é a do *tempus regit actum*.

366. Questão relevante é a análise da Súmula 07/05 da Diretoria Colegiada, que estabelece algumas vedações que parecem incompatíveis com as propostas trazidas por esta norma, uma vez que impedem ou limitam de forma severa a utilização dos mecanismos de financeiros de regulação como instrumentos para gerenciamento da demanda pela utilização dos serviços.

367. Ao analisar o dispositivo da Súmula verifica-se a seguinte regra:

*A proposta de implementação pelas operadoras de mecanismos que estimulem o não uso, pelos beneficiários, das coberturas do plano de assistência à saúde contratado, por meio de desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra prática análoga, é vedada pelo inc. VII do art. 2º da Resolução Consu nº 8/98, por constituir-se fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados.*

368. Não se vislumbra impedimento para que os mecanismos de regulação sejam utilizados para a adoção de boas práticas pelos beneficiários e, com isso, resultem em benefícios como descontos na mensalidade, sendo este um instrumento que pode ser utilizado para além da norma de coparticipação e franquia, inclusive em programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.

## **IV.3 – ANÁLISE DOS IMPACTOS INTERNOS:**

369. A proposta de alteração dos Mecanismos Financeiros de Regulação também tem potencial para gerar uma série de impactos dentro da estrutura da ANS que precisarão ser mapeados.

370. No âmbito da DIDES, poderá gerar impactos na estrutura de Produção de Informação, com a necessidade da leitura de dados e análise de variáveis, especialmente em se considerando eventuais informações coletadas para fins de monitoramento.

371. Esse impacto poderá se estender à estrutura responsável pela coleta e análise dos dados do TISS; uma vez que o sistema passa a ser mais demandado para análise de dados para subsídio da regulação setorial.

378. Há dificuldade de estabelecer impacto numérico em relação as demandas de Fiscalização. Em pesquisa pelo SIF Consultas foram localizadas perto de 3000 demandas com a palavra-chave “coparticipação” (Figura 13); outras 530 com o termo “coparticipação” (Figura 14) e 152 com o termo “franquia” (Figura 15), no período compreendido entre 01/01/2017 e 14/11/2017

[illegible]

Sistema Integrado de Planejamento - SI

Consumidor - Consulta

Consulta:  Período:  Data Inicial: 01/01/2017 Data Final: 31/12/2017

Mês de Abandono: Selecionar Situação: Selecionar

Interação: Selecionar CPF Beneficiário: Selecionar Auto de Infração: Selecionar

Prévia Class: Selecionar

Operadores: Incluir novos Operadores

Assessoria Jurídica (ABRJ/95095)

Unpar Buscar

Resultados

CPF	Nome	Data de Nascimento	Data de Emissão	Empresa	Operador	Status	Observação
338089	313570	13/12/17	01/01/2017	QUALICORP ADMINISTRADORA DE BEM-ESTAR S.A.	ALEX LOPEZ COSTA	Problema no Plano	ABRJ/95095
338094	313605	17/01/2017	01/01/2017	UNIPAR ENGE LTDA - EM LIQUIDACAO EXTRAJUDICIAL	JOSÉ WILSON PASSOS DE OLIVEIRA	Problema no Plano	ABRJ/95095
338093	313618	13/12/17	01/01/2017	SAMBOL SERVICOS DE ATENDIMENTO MEDICO S/A	Roberto Luis de Almeida	Problema no Plano	ABRJ/95095
338088	313737	14/12/17	01/01/2017	SEN AUTOMOTORES EM SAUDE	LEONOR BARRIS PEREIRA	Problema no Plano	ABRJ/95095
338097	313802	14/12/17	01/01/2017	CADIA ABERTURA DE FUNDACAO DO BANCO DO BRASIL	ADRIANA MARIA DA SILVA	Problema no Plano	ABRJ/95095
338042	314117	17/12/17	01/01/2017	BRANCO SAO S.A.	JOSELYNE DE PAULA	Problema no Plano	ABRJ/95095
338096	314669	17/12/17	01/01/2017	MAPESA ABERTURA PERICIA LTDA	JOSELYNE DE PAULA	Problema no Plano	ABRJ/95095
338095	314148	18/12/17	01/01/2017	UNIMED SAO CARLOS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO LTCA	JOSELYNE DE PAULA	Problema no Plano	ABRJ/95095
338103	314176	17/12/2017	01/01/2017	MAPESA ENGE LTDA	JOSELYNE DE PAULA	Problema no Plano	ABRJ/95095
338013	314280	18/12/17	01/01/2017			Problema no Plano	ABRJ/95095

Total: 530 registros(s)

FIGURA 14

Sistema Integrado de Planejamento - SI

Consumidor - Consulta

Consulta:  Período:  Data Inicial: 01/01/2017 Data Final: 31/12/2017

Mês de Abandono: Selecionar Situação: Selecionar

Interação: Selecionar CPF Beneficiário: Selecionar Auto de Infração: Selecionar

Prévia Class: Selecionar

Operadores: Incluir novos Operadores

Assessoria Jurídica (ABRJ/95095)

Unpar Buscar

Resultados

CPF	Nome	Data de Nascimento	Data de Emissão	Empresa	Operador	Status	Observação
342344	318309	29/03/2017	01/01/2017	30PARAG VITALEO	Operadores	ABRJ/95095	ABRJ/95095
342383	318679	29/03/2017	01/01/2017	JOE CARLOS SANTOS ALVES	Problema no Plano	ABRJ/95095	ABRJ/95095
342646	319406	03/03/2017	01/01/2017	PROBENT - ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA LTDA	MARIA ROSELY DE SILVA	Problema no Plano	ABRJ/95095
342995	319789	03/03/2017	01/01/2017	MAPESA ABERTURA PERICIA LTDA	JOSELYNE DE PAULA	Problema no Plano	ABRJ/95095
343979	319782	01/02/2017	01/01/2017	SANTA MELISSA ABERTURA MEDICA S.A.	JOSELYNE DE PAULA	Problema no Plano	ABRJ/95095
344381	321178	27/01/2017	01/01/2017	BOAVIDE	Operadores	ABRJ/95095	ABRJ/95095
345281	321718	27/01/2017	01/01/2017	COOPERADORA DE SAUDE LTDA	JOSELYNE DE PAULA	Problema no Plano	ABRJ/95095
345981	323013	21/02/2017	01/01/2017	ANIL ABERTURA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	JOSELYNE DE PAULA	Problema no Plano	ABRJ/95095
345985	323179	27/02/2017	01/01/2017	UNIMED SAO CARLOS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	MARIA ROSELY DE SILVA	Problema no Plano	ABRJ/95095
346180	323468	28/02/2017	01/01/2017	CADIA PERICIA ABERTURA DE SAUDE S/A	JOSELYNE DE PAULA	Problema no Plano	ABRJ/95095

Total: 152 registros(s)

FIGURA 15

379. Ao buscar apenas pelo tema “Mecanismo de Regulação” o sistema não localizou nenhum registro (Figura 16), o que denota a existência de alguma falha de especificação nos parâmetros buscados.



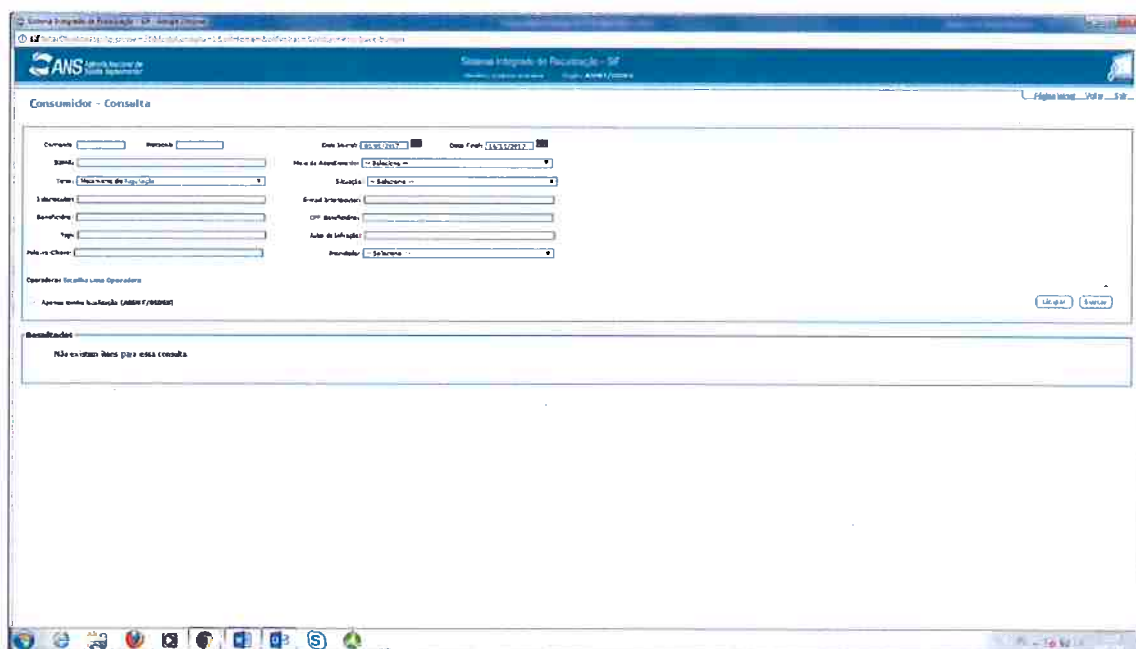


FIGURA 16

380. Outro fator que dificulta a mensuração de impactos para a DIFIS está na existência de uma proposta que inova a metodologia de trabalho da Diretoria, sendo difícil mensurar impactos dentro de um sistema que ainda não foi implementado.

381. Deve-se considerar que a norma não está criando novos tipos infrativos, o que reduz o impacto na fiscalização, mantendo a penalização para eventual descumprimento em tipo já existente, especificamente o artigo 71 da RN 124/06<sup>49</sup> ou em novo tipo a ser proposto em norma que a substitua.

382. Vislumbra-se relevante impacto na DIPRO, que, contudo, é minimizado pela adoção da regra de manutenção da comercialização dos produtos já registrados, uma vez que entendimento contrário suspenderia, de imediato, a comercialização de mais de 15.000 produtos registrados, o que também teria impactos na Fiscalização, pelo incremento no risco de se verificar a infração de comercialização de produtos sem registro na ANS.

383. Ainda assim, haverá impacto pela necessidade que surgirá de adequação nas NTRPs tendo em vista que as novas regras, embora não alterem as características essenciais dos produtos, que por isso poderão permanecer ativos e comercializados, poderão gerar alterações substanciais nos critérios atuariais e nos custos do produto, conforme dispõe a RDC 28/00.

384. A DIPRO ainda será impactada pela necessidade de suas Gerências revisarem/estabelecerem as Diretrizes de Utilização para Internações Psiquiátricas, além de compatibilizar o rol de isenções desta norma ao Rol de Procedimentos da ANS, conforme atribuição regimental.

385. Em relação a DIOPE vislumbra-se possibilidade de impacto com eventual previsão de norma permissiva referente ao acúmulo de resíduos para cobranças

<sup>49</sup> Art. 71. Deixar de cumprir as regras previstas na legislação ou no contrato referentes à adoção e utilização dos mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde:

posteriores em razão do atingimento de limite de exposição financeira que venha a se prever, o que acarretaria em alteração de critérios contábeis.

#### **IV.4 – DEFINIÇÃO DOS PARÂMETROS PARA MONITORAMENTO:**

386. Optando-se pela elaboração de normativo a ser aplicado para os contratos firmados a partir de sua vigência, é importante que a ANS disponha de meios para monitorar o comportamento do mercado em relação a estes, bem como àqueles já comercializados, promovendo uma comparação entre os contratos.

387. Um instrumento apto a ser utilizado é a Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP, tendo em vista disposição da RDC 28/00 que prevê possibilidade de adequação da mesma pela alteração de aspectos atuarias e de custos em relação ao produto. Assim, o primeiro critério para monitoramento seria a observância dos pedidos de alteração feitos para estas NTRPs, analisando-se qual o impacto da nova norma nos produtos já registrados, devendo-se criar um indicador para este fim.

388. Paralelamente deve-se observar novos registros de produtos, comparando-os com os registros já existentes quanto a aspectos relacionados ao valor dos produtos.

389. Deve-se observar através do Sistema de Informação de Beneficiários o número de beneficiários que aderiram a planos moderados pós vigência da nova norma, para que a ANS tenha a dimensão sobre o alcance da mesma, o que se fará com a verificação da data de adesão destes em um produto registrado como moderado.

390. Para fins de monitoramento, acrescente-se, a ANS já dispõe das informações enviadas através do Padrão TISS, que desde dezembro de 2016 recebe das operadoras o valor despendido por elas para o custeio dos serviços prestados, bem como eventual valor que recebem dos beneficiários a título de coparticipação e franquia.

391. Sugere-se, desta forma, a utilização de informações do TISS para realização de monitoramento, com o intuito de verificar qual o valor médio de franquia e coparticipação praticados pelo mercado, podendo esse valor constar do painel de precificação ou outro documento a ser divulgado periodicamente.

392. Ademais, deverá haver o acompanhamento dos impactos junto a DIFIS, recomendando-se que seja inserido campo temático específico para “Mecanismos Financeiros de Regulação” para que se identifique com a seleção de um único campo todas as demandas existentes. Tal demanda não seria prioritária, contudo geraria um benefício para o monitoramento, bem como serviria de subsídio para as próprias ações fiscalizatórias, por tornar mais fácil a visualização de um problema.

393. Sinalize-se que tal proposta impactará o setor de informática que terá que adequar o sistema para o recebimento de dados novos e impactará a GEPIN quando for extrair a informação. Insta observar que uma vez a informação passa a existir ela pode ser demandada via e-sic, podendo gerar demanda de cidadãos para divulgação das bases, pelo que se sugere, desde já o estabelecimento de um padrão de dados abertos para divulgação das informações que não estejam resguardadas pelo sigilo.

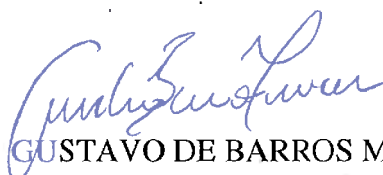
394. Sinteticamente os aspectos que se pretende monitorar são:

O que se pretende Monitorar	Como se pretende fazer	O que se pretende obter
Impacto do novo normativo na precificação dos produtos.	Quantificação dos pedidos de alteração das NTRP após a vigência da nova norma	Impactos no mercado. Monitorar o alcance da norma nova no mercado da saúde suplementar
Comparação de preço de venda dos produtos antes e depois da publicação da regra nova.	Utilizando-se do painel de precificação divulgado pela ANS.	
Percentual de produtos ativos e comercializados com Mecanismos Financeiros de Regulação registrados durante a vigência da regra nova	Análise de novos registros de produtos realizados após a vigência da norma em comparação com os produtos já registrados;	
Número de beneficiários vinculados aos contratos na vigência de ambas as normas	Análise do SIB;	
Proporção de registros novos utilizando o mecanismo financeiro de regulação denominado franquia	Análise de novos registros de produtos realizados após a vigência da norma.	Verificar se novas regras de franquia possibilitaram a efetiva utilização do mecanismo.
Monitorar a utilização dos serviços de saúde conforme a existência ou não de Mecanismo Financeiro no contrato.	Utilizando-se dos dados do TISS é possível monitorar a frequência de utilização de produtos com e sem coparticipação/franquia	Comparação na utilização de serviços de saúde dos beneficiários vinculado aos planos com e sem coparticipação/franquia, bem como avaliar a eficácia das isenções previstas pela norma.
Monitorar se há maior incidência de rescisão por inadimplência em produtos com coparticipação/franquia	Através de cruzamento das bases do SIB e RPS	Verificar se planos moderados oneram demasiadamente seus beneficiários ao ponto de não conseguirem mantê-los.
Monitorar o número de demandas abertas na fiscalização sobre o tema, bem como monitorar	Monitoramento via SIF	Verificar a necessidade de adequações no normativo através dos problemas gerados para

autuações feitas com base no artigo 71 da RN 124/06 ou outro artigo que venha a substituí-lo		a fiscalização do ente regulador. Verificar se eventuais inobservâncias da norma decorrem de algum vácuo normativo ou de má compreensão da norma demandando maiores esclarecimentos ao mercado.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem prejuízo de outros critérios que possam ser incluídos quando da efetiva elaboração do relatório.</li> </ul>		

## V. CONCLUSÃO:

395. Em razão do exposto e fundamentado, encaminha-se o presente Relatório de Impacto Regulatório à Dicol para fornecer subsídios técnicos a esta instância deliberativa com intuito de apreciar a proposta apresentada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial.



GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA  
Gerente-Executivo de Aprimoramento do Relacionamento entre Prestadores e Operadoras - GERAR  
Diretoria de Desenvolvimento Setorial



RODRIGO RODRIGUES DE AGUIAR  
Diretor de Desenvolvimento Setorial

# ANEXO - QUADRO RESUMO DAS PROPOSTAS APRESENTADAS:

PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO	CENÁRIOS	MEDIDA RECOMENDADA COM JUSTIFICATIVA	Pags.
<p><b>AUSÊNCIA DE DEFINIÇÃO QUANTO À NATUREZA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO.</b></p> <p>A ausência de definição da natureza destes dificulta sua utilização e a interpretação quanto a incidência ou não de direitos e obrigações previstos na Lei 9.656/98</p>	<p>Os mecanismos financeiros de regulação podem ser definidos, quanto a sua natureza, de 3 (três) formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mecanismo exclusivamente voltado para o cofinanciamento;</li> <li>- Mecanismo exclusivamente voltado para mitigação da incidência do risco moral;</li> <li>- Fator de moderação de uso como uma proposta intermediária.</li> </ul>	<p><b>Fator de moderação de uso</b> Verifica-se que a Lei define que os Mecanismos Financeiros são Fatores de Moderação de Uso, sendo o pagamento de parcela dos custos do procedimento realizado a forma como se instrumentaliza a moderação do uso e a mitigação do risco moral o limite ao qual está submetido.</p>	56 - 62
<p><b>ESTABELECIMENTO DE PROCEDIMENTOS ISENTOS DO PAGAMENTO DE MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:</b></p> <p>Atualmente os mecanismos incidem em qualquer procedimento, ainda que notoriamente não sejam passíveis de utilização excessiva. Ademais, não são utilizados para indução de boas práticas.</p>	<p>Os dois cenários propostos são o de incidência em todos os procedimentos listados no Rol da ANS ou a previsão de elenco de procedimentos isentos, seja pela inocorrência de risco moral ou mesmo pela possibilidade de se induzir boas práticas assistenciais de prevenção pela via da norma regulatória.</p>	<p><b>Previsão de isenções específicas, afastando a incidência em procedimentos que notoriamente não apresentem risco moral, bem como em procedimentos de caráter preventivo.</b></p> <p>A previsão de procedimentos específicos sobre os quais não incidam os mecanismos reduzem os riscos de os mesmos inibirem utilização necessária do plano de saúde. Tendo em vista as competências técnicas e regimentais da DIPRO, solicita-se o auxílio desta diretoria para</p>	73 - 76

		adequação da nomenclatura utilizada no elenco de isenções proposto por este relatório de AIR ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.	
<p><b>COMO APLICAR AS ISENÇÕES:</b></p> <p>Isenções são necessárias, mas a forma de incidência destas deve ser aplicada com o intuito de induzir boas práticas assistenciais para gerenciamento da demanda por serviços de saúde.</p>	<p>- Prever a possibilidade de a operadora definir a rede que prestará atendimento ligado às isenções propostas.</p> <p>- Impedir que a operadora preveja uma rede específica para realização do atendimento.</p>	<p><b>Prever a possibilidade de a operadora definir a rede que prestará atendimento dos procedimentos e serviços de saúde isentos da cobrança de mecanismos financeiros de regulação.</b></p> <p>Esta opção induz a realização de procedimentos e eventos em saúde preventivos desejáveis acompanhamento das condições de saúde dos beneficiários, bem como permite a realização daqueles cuja incidência de risco moral esteja afastada, ao mesmo passo que possibilita o melhor gerenciamento dos serviços de saúde utilizados pelo beneficiário, evitando-se sua utilização indiscriminada e desorganizada.</p>	73 - 76
<p><b>DEFINIÇÃO DE GRUPO DE PROCEDIMENTOS</b></p> <p>A norma prevê a possibilidade de cobrar a coparticipação por grupo de procedimentos, sem,</p>	<p>- Definir grupos de procedimentos de forma a limitar as opções das operadoras</p> <p>- Não definir de forma a permitir que as operadoras estabeleçam</p>	<p><b>- Não definir de forma a permitir que as operadoras estabeleçam seus próprios agrupamentos, a partir de critérios</b></p>	65 - 71

contudo, trazer uma definição de quais seriam esses grupos.	seus próprios agrupamentos.	<b>técnicos, baseados em protocolos e diretrizes.</b> Existem diversos critérios que podem ser utilizados para definição de grupo de procedimentos e a opção é por não limita-los por norma, permitindo um agrupamento conforme valor, espécie ou outro critério, desde que não vedado pela norma.	
<p><b>POSSIBILIDADE DE PREVER VALORES E PERCENTUAIS DISTINTOS, CONFORME O CASO, PARA GRUPOS DE PROCEDIMENTOS, CONSIDERANDO A COMPLEXIDADE E OS CUSTOS ENVOLVIDOS:</b></p> <p>Em proposta anterior a ANS já propôs que o próprio normativo trouxesse uma distinção, contudo esse tema deixou de ser abordado nas discussões posteriores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não permitir diferenciação para grupos de procedimentos, considerando complexidade e custos envolvidos;</li> <li>- Trazer essa divisão dentro do próprio normativo;</li> <li>- Não trazer a previsão no próprio normativo, mas permitir que a operadora estabeleça os grupos de procedimentos e os percentuais incidentes conforme seus critérios.</li> </ul>	<p><b>Não trazer a previsão no próprio normativo, mas permitir que a operadora estabeleça os grupos de procedimentos e os percentuais incidentes conforme seus critérios.</b></p> <p>A opção sugerida é a de dar maior liberdade para a formulação de produtos pelas operadoras, uma vez que existem diversas formas de agrupamento possíveis de serem feitas, inclusive diferenciando-se quanto ao percentual incidente. Saliente-se que foi prevista vedação sobre o agrupamento por doenças/patologias, uma vez que se mostra um critério potencialmente discriminatório.</p>	67 - 71

<p><b>INTERPRETAÇÃO DO ART. 1º DA LEI 9.656/98: CONCEITO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE A SER PAGA INTEGRAL OU PARCIALMENTE ÀS EXPENSAS DA OPERADORA</b></p> <p>A CONSU 08/98 prevê um conceito para franquia, bem como possibilita sua aplicação. Contudo, ao vedar a possibilidade de o beneficiário custear integralmente o valor de um procedimento específico acaba por limitar demasiadamente ou inviabilizar a utilização do mecanismo</p>	<p>Como consequência lógica da opção acima apontada aparece a necessidade de análise deste tópico. As opções regulatórias apresentadas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manutenção da interpretação vigente pela qual é vedada a possibilidade de o beneficiário vir a arcar com os custos integrais de um procedimento específico, dada a interpretação da Lei 9656/98</li> <li>- A mudança da interpretação vigente permite uma conceituação mais técnica da franquia, uma vez que não traz a limitação que inviabilize sua utilização.</li> </ul>	<p><b>A mudança da interpretação vigente permite uma conceituação mais técnica da franquia, uma vez que não traz a limitação que inviabilize sua utilização.</b></p> <p>O entendimento defendido é de que houve uma interpretação equivocada do conceito adotado pela CONSU 08/98 e que embasou toda a interpretação feita até hoje, pelo que passa a adotar uma interpretação mais aberta, condizente com o restante da Lei 9.656/98</p>	<p><b>62-65</b></p>
<p><b>CONCEITOS DISTINTOS PARA COPARTICIPAÇÃO e FRANQUIA</b></p> <p>A norma atualmente em vigor conceitua franquia de forma diversa da coparticipação, mas estabelece vedação que inviabiliza a aplicabilidade da primeira. Em discussões anteriormente travadas em grupos eu trataram da matéria, aventou-se a possibilidade de serem iguais os conceitos de ambos os institutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adotar conceitos que não traziam diferenças efetivas entre coparticipação e franquia, tal qual proposto pelos grupos anteriores que discutiram o tema;</li> <li>- Adotar conceitos que privilegiariam a efetiva diferenciação dos mecanismos, observando a forma como a franquia e a coparticipação são utilizadas em outros mercados, inclusive internacionais.</li> </ul>	<p><b>Adotar conceitos que privilegiariam a efetiva diferenciação dos mecanismos, observando a forma como a franquia e a coparticipação são utilizadas em outros mercados, inclusive internacionais.</b></p> <p>Uma vez que a não utilização da franquia foi abordado como um problema a ser tratado pela regulação, fez-se necessário definir o que seria a franquia. No caso em análise o entendimento é que o principal problema para diferenciar os mecanismos não estava no conceito da</p>	<p><b>62-65</b></p>



		<p>CONSU 08/98, mas na vedação prevista pela norma em relação a eventual cobertura integral dos procedimentos, pelo que os conceitos não diferem muito daqueles trazidos pela Resolução CONSU 08/98.</p> <p>Conceitos propostos:</p> <p>A Coparticipação é o valor efetivamente pago pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde.</p> <p>A Franquia é o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.</p>	
<p><b>IDENTIFICAÇÃO DOS LIMITES PERCENTUAIS DA COPARTICIPAÇÃO. AUSÊNCIA DE LIMITE NA NORMA VIGENTE</b></p> <p>A CONSU 08/98 não traz limite percentual para a coparticipação, de forma</p>	<p>- manter uma previsão genérica sem estabelecer um limite percentual;</p> <p>- Adotar um percentual específico com finalidade de deixar o normativo claro para todos</p>	<p><b>Adotar um percentual específico com finalidade de deixar o normativo claro para todos.</b></p> <p>A opção de estabelecer na norma um limite para a</p>	<p><b>67-70</b></p>

que trabalha com um conceito indeterminado de “Fator Restritor Severo”.		cobrança de coparticipação permite maior controle social e traz mais segurança para todas as partes, reduzindo riscos, sobretudo para os beneficiários.	
<p><b>COMO PREVER A COPARTICIPAÇÃO E O PERCENTUAL LIMITE</b></p> <p>A discussão sobre o percentual máximo de coparticipação possível ocupou boa parte das discussões e a existência de um suposto parâmetro estabelecido pela ANS acabou gerando interpretações equivocadas quanto a existência de um limite que estaria sendo flexibilizado pela nova norma.</p>	<p>Para este tema trabalha-se com dois cenários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o estabelecimento de diversos percentuais refletindo tipos distintos de planos, conforme proposto pelo GT de 2015;</li> <li>- O estabelecimento de um percentual máximo único aplicável para todos os planos;</li> </ul>	<p><b>O estabelecimento de um percentual único aplicável para todos os planos.</b></p> <p>Adotou-se a proposta de um percentual máximo único, a fim de permitir uma maior variedade de produtos no mercado, o que atende a uma maior quantidade de perfis de consumidor. O limite foi fixado em 40% em razão da observação do cenário internacional, bem como pela avaliação de todas as propostas feitas pela ANS. O entendimento é de que estabelecer percentual acima deste valor tende a transferir os riscos do contrato excessivamente para o beneficiário.</p>	67-70
<p><b>LIMITE PERCENTUAL DE 40%</b></p> <p>Diversas discussões já foram feitas na ANS, com o percentual oscilando entre 10% para internações até 60% em alguns casos excepcionais. As discussões havidas na Câmara Técnica de Mecanismo de Regulação e nos GTs mais recentes</p>	<p>Como alternativas apresentamos as propostas já feitas pela ANS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em 2006-2010 a ANS propôs percentuais que iam de 10% até 60% nos casos em que havia previsão do limite de 30%, em planos empresariais sem</li> </ul>	<p><b>- Atualmente se trabalha com o percentual de 40%, sem previsão de bandas.</b></p> <p>A coparticipação não pode ter um valor muito reduzido, sob pena de não cumprir seu papel de fator de moderação do uso, ao mesmo tempo não</p>	67 - 71

propuseram percentuais que iam até 50% e 40% respectivamente.	<p>contribuição fixa do beneficiário.</p> <p>- Em 2012 a proposta foi a de adotar percentual de 50% para todos os procedimentos;</p> <p>- Em 2015 a proposta foi de adotar 3 tipos de planos, um com coparticipação variando de 0-20, outro de 20-30 e um terceiro de 30-40.</p> <p>- Atualmente se trabalha com o percentual de 40%, sem previsão de bandas</p>	<p>pode ser tão elevado ao ponto de inibir a utilização necessária. O entendimento é que o limite proposto, em conjunto com o limite de exposição financeira é apto a proteger o beneficiário ao mesmo tempo que permite uma boa margem para as operadoras se valerem dos mecanismos financeiros para gerenciamento de sua demanda.</p>	
<p><b>FORMAS DE INCIDÊNCIA DA COPARTICIPAÇÃO</b></p> <p>A norma atual não prevê uma forma de incidência da coparticipação, o que, em diversas ocasiões, ensejou a aplicação de interpretações distintas e até mesmo divergentes pela ANS, como, por exemplo, quando se manifestou no sentido de a coparticipação só poder incidir sobre o valor praticado pela operadora com sua rede de serviços, o que afastaria a possibilidade de adoção de tabelas referenciais</p>	<p>- Definir como hipótese de incidência a aplicação direta sobre as diversas tabelas praticadas, o que garantiria efetivamente a observância do limite de 40% estabelecido na norma;</p> <p>- Permitir também a utilização de tabelas de referência como forma de facilitar a compreensão da norma, com o percentual incidindo no valor real ou na tabela referencial</p>	<p><b>Permitir também a utilização de tabelas de referência como forma de facilitar a compreensão da norma, com o percentual incidindo no valor real ou na tabela referencial, além de permitir a aplicação de valores fixos sobre os procedimentos ou grupos de procedimentos.</b></p> <p>Admitir exclusivamente a utilização das tabelas reais praticadas com cada prestador dificulta a compreensão da norma, bem como aumenta o ônus administrativo da adoção de mecanismos.</p>	65 - 67
<b>TIPOS DE FRANQUIA</b>	- Foram selecionados dois tipos de franquias na	<b>Conceito de franquias</b>	62-65

Atualmente a franquia é muito pouco adotada em razão das limitações previstas em norma, ademais há uma dificuldade de enquadramento dos planos de saúde nas hipóteses de franquia previstas no ordenamento.	norma por entender serem específicos e claramente distintos das formas de coparticipação previstos. Um dos tipos propostos se assemelha a franquia adotada no cenário internacional (deductible/excess), ao passo que o outro tipo incide sobre o acesso do beneficiário ao sistema	<b>acumulada assemelhando-se ao deductible e conceito de franquia que incide sobre o acesso do beneficiário ao sistema.</b> Busca-se introduzir uma modalidade já conhecida no mercado de planos de saúde, bem como se prevê nova modalidade cuja forma de incidência leva em conta o acesso do beneficiário ao sistema, sendo certo que um acesso pode envolver diversas coberturas.	
<b>LIMITE DE EXPOSIÇÃO FINANCEIRA</b> Não há limitação na norma, com o beneficiário tendo que arcar integralmente com os valores de coparticipação previstos, independente do montante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não estabelecimento de limite;</li> <li>- Prever o limite somente em contrato;</li> <li>- Prever o Limite no próprio normativo.</li> <li>- Possibilidade de se afastar a existência de limites em planos com reduzido percentual de coparticipação por procedimentos.</li> </ul>	<b>- Prever o Limite no próprio normativo.</b> Necessária a previsão de teto para evitar o risco catastrófico para o beneficiário, sendo certo que o mesmo será levado em conta para precificação do produto, não havendo prejuízo para a operadora. Deverá estar no próprio normativo	<b>71 - 73</b>
<b>LIMITE DE EXPOSIÇÃO FINANCEIRA E FRANQUIA</b> A franquia estaria englobada no limite de exposição financeira proposto?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir, para franquia, a previsão de limite em contrato, não vinculado ao limite de exposição financeira.</li> <li>- Permitir, para a franquia, a previsão de limite em contrato, limitado ao limite de exposição financeira previsto na norma.</li> </ul>	<b>Permitir, para a franquia, a previsão de limite em contrato, limitado ao limite de exposição financeira previsto na norma.</b> Especialmente para a modalidade de franquia que acumula	<b>71 - 73</b>

		valores ao longo de um período de 12 meses, faz-se necessária a previsão de um limite na norma tendo em vista maior proteção trazida aos beneficiários. Que se observe o estabelecimento de teto é adotado em outros países, notadamente nos EUA em seus High Deductible Health Plans.	
<b>COBRANÇA DIFERIDA DE VALORES EXCEDENTES</b> Trata-se de uma prática do mercado de cobrar valores de coparticipação diferidas no tempo. Atualmente é mais praticada por autogestões que descontam em folha e estão submetidas aos limites previstos para este tipo de cobrança.	- vedar a cobrança de valores que superarem os limites previstos para o mês nos meses subsequentes; - <b>Permitir a cobrança de valores que excederam o limite mensal nos meses subsequentes.</b>	<b>Permitir a cobrança de valores que excederam o limite mensal nos meses subsequentes.</b> Ignorar os valores excedentes ao limite poderá implicar em repasse maior de despesas potenciais para a parcela fixa da mensalidade. A opção é que seja possível a cobrança diferida desde que dentro do limite anual. Para tal opção recomenda-se manifestação da PROGE, uma vez que há questionamento acerca da legalidade dessa proposta que poderia vir a configurar uma operação financeira vedada pelo ordenamento.	71 - 73
<b>PAGAMENTO DIRETO AO PRESTADOR:</b> Na Consulta Pública nº 60 houve grande número de	- Possibilidade de pagamento direto ao prestador	- <b>Vedação de pagamento direto ao prestador</b>	65 - 67

manifestações pleiteando a vedação. Tal vedação já fora debatida em outros GTs que discutiram o tema na ANS	- Vedação de pagamento direto ao prestador	A ANS já adota esse entendimento em normas como a RN 59/03, ademais, entende-se que a relação jurídica do beneficiário se dá com a operadora e não com o prestador de serviço.	
<b>INCIDÊNCIA DO MECANISMO DE REGULAÇÃO NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM PRONTO-SOCORRO</b> Discute-se a ponderação sobre a inexistência de um risco moral em atendimentos prestados em pronto socorro X a adoção de um modelo assistencial demasiadamente voltado para a alta complexidade.	- Vedar a incidência dos Mecanismos em razão da presunção de inexistência de risco moral; - Não vedar a incidência, tendo em vista que há a necessidade de se buscar um modelo de atenção à saúde menos voltado para os prestadores de alta complexidade.	- <b>Não vedar a incidência, tendo em vista que há a necessidade de se buscar um modelo de atenção à saúde cujo acesso de dê através do nível primário/básico de atenção, menos voltado para acesso direto a prestadores especializados, de média e alta complexidade.</b> Não dá para se falar, diante da realidade atual observada, que os atendimentos em pronto-socorro são isentos de risco moral. Ademais, observa-se uma utilização excessiva deste ao passo que as medidas regulatórias que vem sendo adotadas pela ANS visam fomentar justamente uma maior utilização dos profissionais generalistas para realização dos atendimentos à saúde dos beneficiários.	65 - 67
<b>ESTABELECE EM CASOS DE INTERNAÇÃO, FATOR</b>	- Manter a vedação prevista pela Resolução CONSU 08/98, com a	- <b>Acabar com a vedação específica, tendo em vista que o</b>	65 - 67

<p><b>MODERADOR EM FORMA DE PERCENTUAL</b></p> <p>Atualmente se trata de uma vedação prevista em norma, contudo discute-se se a vedação é realmente necessária diante da existência de um limite de exposição financeira que protege o beneficiário de riscos catastróficos.</p>	<p>coparticipação incidindo somente em valores fixos para internações;</p> <p>- Acabar com a vedação específica, tendo em vista que o beneficiário já está respaldado pelo Limite de Exposição Financeira.</p>	<p><b>beneficiário já está respaldado pelo Limite de Exposição Financeira.</b></p> <p>Uma vez que a razão para a existência dessa vedação parece ser a existência de risco para o beneficiário de ter que arcar com um ônus excessivo nas internações, o afastamento deste por outra previsão torna a vedação desnecessária, sendo uma intervenção indevida na liberdade.</p>	
<p><b>COMO SE DARÁ A APLICAÇÃO DE REAJUSTE PARA OS FATORES DE MODERAÇÃO</b></p> <p>Atualmente a norma trata o reajuste da coparticipação/franquia da mesma forma que trata o reajuste dos planos de saúde</p>	<p>- Parametrizar o reajuste de tabelas de referência e franquia aos reajustes concedidos aos prestadores, uma vez que a coparticipação/franquia incidem na utilização, pelo que se propõe a utilização do IPCA</p> <p>- Manter a lógica vigente em que há uma parametrização com os reajustes dos produtos, uma vez que os valores de coparticipação e franquia tem impacto direto nas mensalidades dos planos de saúde.</p>	<p><b>- Manter a lógica vigente em que há uma parametrização com os reajustes dos produtos, uma vez que os valores de coparticipação e franquia tem impacto direto nas mensalidades dos planos de saúde.</b></p> <p>Ressalta-se que esse reajuste incide em tabelas e franquia, não incidindo quando do estabelecimento de percentuais sobre valores reais.</p>	<p><b>76 - 77</b></p>
<p><b>APLICABILIDADE EM PLANOS ODONTOLÓGICOS:</b></p> <p>Não há norma específica, aplicando-se, atualmente, as regras da resolução CONSU 08/98, contudo reconhece-se a existência de particularidades deste segmento.</p>	<p>- Uma vez que não apresenta um impedimento específico, para manter um padrão na norma, adotar as mesmas regras para segmentação médica ou odontológica.</p>	<p><b>- Adotar regramento específico considerando as peculiaridades do segmento.</b></p> <p>A adoção de regras idênticas para planos odontológicos faria a mesma incidir de forma</p>	<p><b>77</b></p>

	<p>- Adotar regramento específico considerando as peculiaridades do segmento.</p>	<p>desproporcional nestes, considerando que estes já gozam de algumas regras específicas, como a possibilidade de comercializar planos com financiamento misto e isenção de NTRP.</p> <p>A proposta é que os limites percentuais para coparticipação e limite de exposição financeira não incidam em planos odontológicos.</p>	
<p><b>INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS</b></p> <p>As normas existentes são restritivas e precedem a existência de Diretrizes de Utilização no Rol editado pela ANS.</p>	<p>- Manutenção das regras vigentes;</p> <p>- Aproximação das regras da internação psiquiátrica com as regras gerais para internação.</p>	<p><b>Aproximação das regras da internação psiquiátrica com as regras gerais para internação</b></p> <p>A manutenção das regras vigentes, importaria, por si só, em um fator restritor severo ao acesso dos beneficiários que necessitam do serviço.</p> <p>É certo que a adoção de novo entendimento pode tornar necessária a implementação e/ou a revisão de DUTs para evitar o internamento desnecessário do beneficiário, mantendo-se dentro do contexto trazido pela Lei 10.216/11, o que poderá ser feito pela DIPRO, na forma e no prazo adequados.</p>	77 - 79



<p><b>OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DE NOVOS PRODUTOS:</b></p> <p>Definir quais os produtos serão regulados pela norma nova em observância dos Princípios Gerais do Direito</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidência das regras previstas em produtos já registrados, sem necessidade de novos registros, limitados aos novos contratos feitos sob sua vigência.</li> <li>- Incidência das regras previstas em produtos já registrados, sem necessidade de novos registros, retroagindo suas regras aos contratos já comercializados.</li> <li>- Suspender comercialização dos produtos já registrados tornando compulsória a necessidade de registro de novos produtos.</li> </ul>	<p><b>- Incidência das regras previstas em produtos já registrados, sem necessidade de novos registros, limitados aos novos contratos feitos sob sua vigência.</b></p> <p>Trata-se da opção que melhor concilia custos e benefícios, incluindo os impactos para a própria ANS.</p>	<p><b>79 - 81</b></p>
<p><b>REVOGAÇÃO DA SÚMULA 07/05</b></p> <p>“A proposta de implementação pelas operadoras de mecanismos que estimulem o não uso, pelos beneficiários, das coberturas do plano de assistência à saúde contratado, por meio de desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra prática análoga, é vedada pelo inc. VII do art. 2º da Resolução Consu nº 8/98, por constituir-se fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manutenção da Súmula Normativa;</li> <li>- Revogação da Súmula.</li> </ul>	<p><b>- Revogação da Súmula.</b></p> <p>Entende-se que a previsão trazida pela súmula impede a utilização de mecanismos financeiros como ferramenta de gerenciamento pelas operadoras limitando, inclusive, medidas potencialmente benéficas aos beneficiários, como concessão de descontos.</p>	<p><b>81</b></p>



# **Relatório de Análise de Impacto Regulatório**

## **Mecanismos Financeiros de Regulação – Coparticipação e Franquia**

**Dezembro de 2017**

**Gustavo de Barros Macieira**

**Diretoria de Desenvolvimento Setorial**



## Sumário

I - INTRODUÇÃO: .....	3
II - CONTEXTUALIZAÇÃO:.....	4
II.1 – DO CENÁRIO INTERNACIONAL: .....	9
II.1.1– MODELO AMERICANO:.....	15
II.1.2 – MODELO BRITÂNICO: .....	17
II.1.3 – MODELO HOLANDÊS: .....	17
II.2 – DA LEGISLAÇÃO VIGENTE: .....	18
II.3 – HISTÓRICO DE DISCUSSÕES NA ANS:.....	21
II.3.1 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.140914/2005-11.....	22
II.3.2 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.227509/2012-35.....	25
II.3.3 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.527905/2012-60.....	32
II.3.4– PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.270680/2015-15.....	36
II.3.5 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33910.000554/2017-50.....	39
III – DOS PROBLEMAS: .....	47
III.1 – DOS TÓPICOS MAIS RELEVANTES: .....	47
III.1.1 – NATUREZA JURÍDICA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: .....	47
III.1.2 – CONCEITOS PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO:.....	48
III.1.3 – COMO E QUANDO INCIDIRÁ A FRANQUIA/COPARTICIPAÇÃO:.....	49
III.1.5 – EXISTÊNCIA DE UM TETO DE GASTOS COM A INCIDÊNCIA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: .....	50
III.1.6 – EXISTÊNCIA DE PROCEDIMENTOS ISENTOS:.....	51
III.1.7 – COMO REAJUSTAR A COPARTICIPAÇÃO/FRANQUIA: .....	52
III.1.8 – APLICABILIDADE EM PLANOS ODONTOLÓGICOS: .....	52
III.1.9 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS: .....	53
III.1.10 – OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DE NOVOS PRODUTOS:.....	53
III.2 – DO PÚBLICO AFETADO: .....	54
III.3 – DOS OBJETIVOS A SEREM BUSCADOS: .....	55
IV – DA ANÁLISE CONCLUSIVA: .....	56
IV.1 – DAS ANÁLISES:.....	56
IV.1.1 - NATUREZA JURÍDICA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:.....	56
IV.1.2 – CONCEITOS PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO: .....	62
IV.1.3 – COMO E QUANDO INCIDIRÁ A FRANQUIA/COPARTICIPAÇÃO:.....	65
IV.1.4 – LIMITE PERCENTUAL/VALOR PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO: .....	67

IV.1.5 – EXISTÊNCIA DE UM TETO DE GASTOS COM A INCIDÊNCIA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: .....	71
IV.1.6 – EXISTÊNCIA DE PROCEDIMENTOS ISENTOS: .....	73
IV.1.7 – COMO REAJUSTAR A COPARTICIPAÇÃO/FRANQUIA:.....	76
IV.1.8 – APLICABILIDADE EM PLANOS ODONTOLÓGICOS:.....	77
IV.1.9 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:.....	77
IV.1.10 – OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DE NOVOS PRODUTOS: .....	79
IV.2 – FORMA PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA MEDIDA REGULATÓRIA:.....	81
IV.3 – ANÁLISE DOS IMPACTOS INTERNOS: .....	81
IV.4 – DEFINIÇÃO DOS PARÂMETROS PARA MONITORAMENTO:.....	85
V. CONCLUSÃO: .....	87
ANEXO - QUADRO RESUMO DAS PROPOSTAS APRESENTADAS:.....	88

## **I - INTRODUÇÃO:**

1. O presente Relatório de Análise de Impacto Regulatório tem como escopo a análise das opções regulatórias existentes para tratamento do tema “Mecanismos Financeiros de Regulação” e integra o Processo Administrativo nº 33910.000554/2017-50.
2. Essa análise presta-se a verificar a necessidade de uma revisão acerca do tratamento regulatório dispensado ao tema, pelo que se vale de dados do setor e eventuais lacunas regulatórias identificadas na norma vigente, com potencial de gerar um desequilíbrio em favor de uma das partes envolvidas.
3. Serão apontados os principais problemas detectados e impactos, inclusive os operacionais dentro da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de eventual alteração regulatória. Paralelamente, será apontado o público atingido e o efeito esperado de eventual mudança.
4. Ao final serão propostos cenários em que os impactos serão melhor analisados com o consequente apontamento daquela alternativa considerada a mais adequada para a resolução/mitigação dos problemas apontados.

## II - CONTEXTUALIZAÇÃO:

5. Mecanismos de Regulação de Uso de Serviço de Saúde foram definidos por Grupo de Trabalho que discutiu o tema<sup>1</sup> como “*meios e recursos técnico-assistenciais, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde com a finalidade de gerenciar a demanda, acesso ou serviço de saúde.*”

6. Didaticamente são divididos em duas categorias, os Mecanismos de Regulação Assistencial, definido pelo já mencionado Grupo de Trabalho como “*requisitos técnicos-assistenciais e administrativos utilizados pelas operadoras para a realização dos procedimentos de cobertura obrigatória desde que especificados em contrato.*”, dentre os quais estariam a “autorização prévia”, o “direcionamento” e a “realização de junta médica” e os Mecanismos de Regulação Financeiros (Fator Moderador), doravante denominados Mecanismos Financeiros de Regulação, definidos como “*mecanismos de participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele (efetivamente) realizado, estabelecidos em contrato, na forma de franquia ou coparticipação.*”

7. A proposta em debate trata da segunda categoria de Mecanismos de Regulação (Financeiros) e busca discutir alternativas regulatórias para melhor regular o assunto, passando pelas definições, hipóteses de incidência, limites, entre outros atributos, uma vez que se vislumbra a existência de relevantes lacunas na norma em vigor, ao mesmo tempo que o mercado se move em ritmo acelerado em direção a uma maior adoção dos mesmos, conforme se verifica da leitura do gráfico e lâmina abaixo:

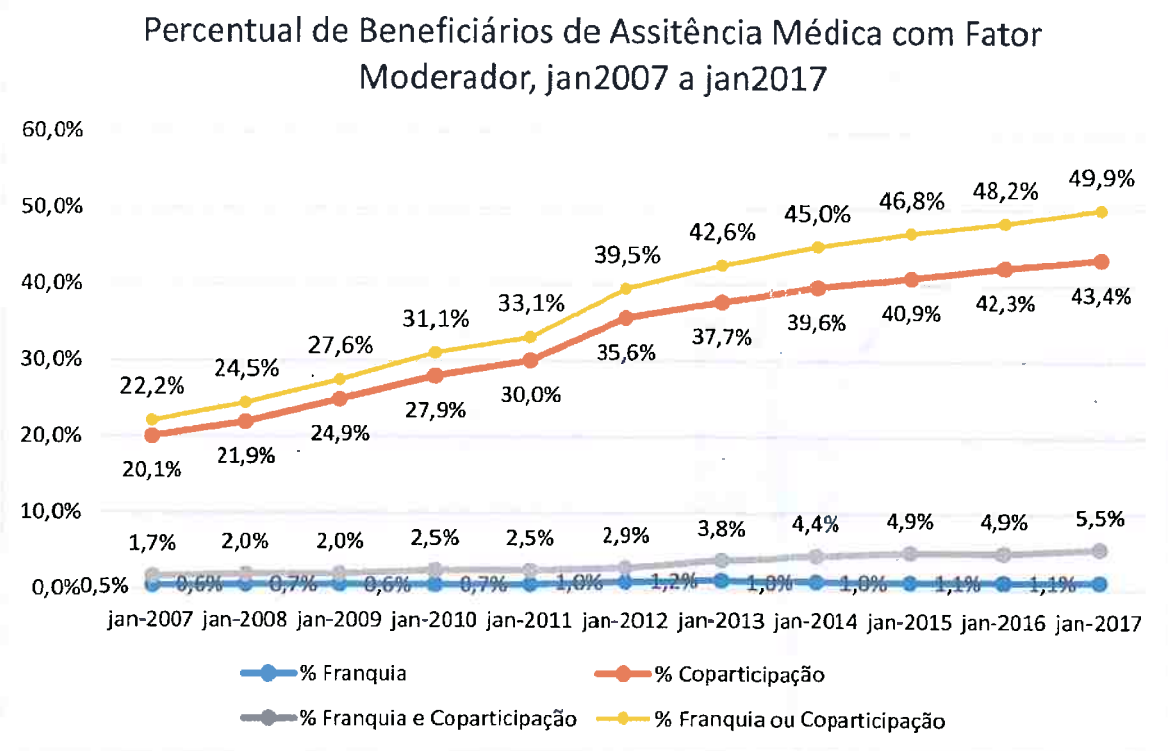


FIGURA 1

<sup>1</sup> Vide Processo Administrativo nº 33902.270680/2015-15

**Planos com Fator Moderador (FM) nas Operadoras de Planos de Saúde:**

**Quanto à Existência de Fator Moderador:**

FATOR MODERADOR	OPS	Planos	Planos (%)	BENEFICIARIOS	BENEFICIARIOS (%)
Co-participação	-	14.968	28,8%	20.839.319	43,5%
Franquia	-	714	1,4%	522.761	1,1%
Franquia + Co-participação	-	1.434	2,8%	2.541.806	5,3%
Sem Fator Moderador	-	34.922	67,1%	23.989.902	50,1%
<b>Total</b>	<b>807</b>	<b>52.038</b>		<b>47.893.788</b>	
<b>Subtotal com Fator Moderador</b>	<b>732 (91%)</b>	<b>17.116</b>	<b>33%</b>	<b>23.903.886</b>	<b>50%</b>

**Por tipo de contratação:**

TIPO DE CONTRATAÇÃO	OPS	Planos	BENEFICIARIOS
Coletivo empresarial	89%	37%	54%
Coletivo por adesão	79%	37%	46%
Individual ou familiar	84%	27%	38%
<b>Total</b>	<b>91%</b>	<b>33%</b>	<b>50%</b>

Fontes: SIB (set/16), RPS (nov/16)

**FIGURA 2**

8. Dados da ANS demonstram que a adoção de Mecanismos Financeiros de Regulação está em constante crescimento. Utilizando-se de um corte temporal de 10 anos, pelo batimento das bases dos sistemas SIB – Sistema de Informação de Beneficiários e RPS – Sistema de Registro de Planos de Saúde (figura 1), verifica-se que mesmo em um período de crise, em que o número absoluto de beneficiários diminuiu, ainda foi possível observar crescimento no quantitativo de beneficiários em planos coparticipativos, vide período compreendido entre os anos de 2015 e 2017 na tabela abaixo quando a participação dos planos moderados no mercado subiu em quantidade absoluta para 23.760.953 beneficiários, o que aumentou de 46,8 para 49,9% a parcela dos beneficiários vinculados a este tipo de produto.

Competência	% Franquia	% Coparticipação	% Franquia e Coparticipação	Qt Beneficiário com Franquia ou Coparticipação	% Franquia ou Coparticipação	Qt Beneficiário sem Franquia e Coparticipação	Qt Beneficiário Total
jan-2007	0,5%	20,1%	1,7%	8.292.948	22,2%	29.072.500	37.365.448
jan-2008	0,6%	21,9%	2,0%	9.668.581	24,5%	29.734.267	39.402.848
jan-2009	0,7%	24,9%	2,0%	11.343.796	27,6%	29.812.447	41.156.243
jan-2010	0,6%	27,9%	2,5%	13.396.393	31,1%	29.727.370	43.123.763
jan-2011	0,7%	30,0%	2,5%	15.157.994	33,1%	30.626.370	45.784.364
jan-2012	1,0%	35,6%	2,9%	18.792.740	39,5%	28.819.948	47.612.688
jan-2013	1,2%	37,7%	3,8%	20.637.111	42,6%	27.834.310	48.471.421
jan-2014	1,0%	39,6%	4,4%	22.661.716	45,0%	27.686.482	50.348.198
jan-2015	1,0%	40,9%	4,9%	23.747.725	46,8%	26.984.746	50.732.471
jan-2016	1,1%	42,3%	4,9%	23.862.857	48,2%	25.641.131	49.503.988



jan-2017	1,1%	43,4%	5,5%	23.760.953	49,9%	23.831.415	47.592.368
----------	------	-------	------	------------	-------	------------	------------

9. Também se constata que dentre os Planos Coletivos Empresariais e por adesão comercializados, 37% já possuem Fatores de Moderação, ao passo que para os planos individuais a proporção é de 27%, totalizando 33% dos produtos comercializados. Nesses produtos estão a metade dos beneficiários da saúde suplementar (figura 2).

10. Ao mesmo tempo que se verifica uma divisão quase igualitária entre o quantitativo de beneficiários vinculados aos planos com e sem fatores de moderação, em consulta realizada na base do TISS<sup>2</sup> - Padrão Para Troca de Informação de Saúde Suplementar, referente a procedimentos realizados durante o ano de 2016, demonstra a efetiva moderação de demanda ocasionada pela existência dos mecanismos.

11. A tabela abaixo retrata apenas o número total de procedimentos realizados por beneficiários, separados pela existência ou não de mecanismo financeiro em seus planos, estando a planilha completa, considerando as faixas etárias, disponibilizada como anexo deste documento<sup>3</sup>.

Procedimento	Planos com FM		Planos sem FM	
<b>Hemodiálise</b>	68.454	35%	128.465	65%
<b>Mamografias</b>	937.728	44%	1.211.810	56%
<b>Consultas Consultório</b>	39.003.565	42%	52.921.208	58%
<b>Terapias Oncológicas</b>	108.992	41%	156.732	59%
<b>Consultas PS</b>	9.450.160	44%	12.167.509	56%
<b>Ultrassonografias</b>	5.140.018	45%	6.277.333	55%
<b>Ressonâncias</b>	1.029.008	47%	1.177.194	53%
<b>Tomografias</b>	1.184.135	45%	1.470.302	55%

12. Tal análise pode ser realizada com qualquer procedimento que se encontre individualizado dentro do Padrão TISS, tendo se escolhido os procedimentos acima em razão da frequência, bem como da inexistência, para alguns, de suposto Risco Moral ensejando utilização excessiva.

13. Importante ressaltar que os dados expostos refletem a utilização dos planos de saúde no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2016, período em que o número de beneficiários vinculados a planos com e sem fatores de moderação já estava distribuído de forma quase equânime, não podendo essa diferença ser alegada para justificar uma maior utilização nos planos sem moderação.

14. Em relação ao Ressarcimento ao SUS, os dados levantados também demonstram progressivo aumento no quantitativo de planos com Fatores de Moderação entre suas características (figura 3).

<sup>2</sup> Vide <http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar>

<sup>3</sup> Os dados expostos foram extraídos das informações recebidas via PADRÃO TISS pela ANS.

### Total dos atendimentos identificados com Coparticipação e/ou Franquia (ABI 48-58)

Dos **1.473.455** atendimentos identificados **678.226** representam **Coparticipação e/ou Franquia**

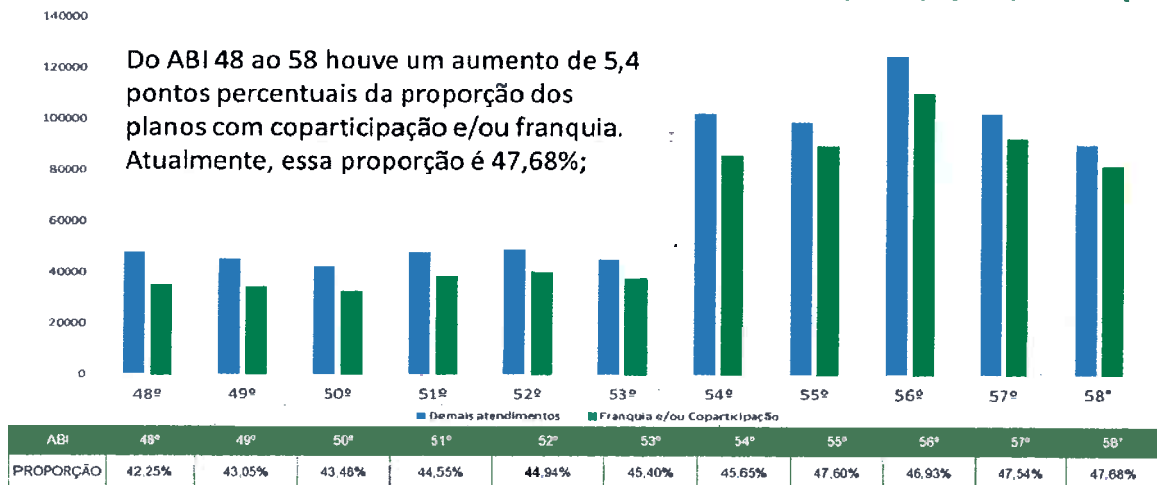


FIGURA 3

15. Em relação à utilização do Ressarcimento, embora os períodos de análise sejam distintos<sup>4</sup>, observa-se uma diferença relevante para a utilização da rede SUS em procedimentos de terapias oncológicas, demonstrando que pode haver um direcionamento do beneficiário para a rede pública quando da incidência de mecanismos financeiros nesse tipo de procedimento (figura 4).

### 20 Procedimentos com maiores diferenças na identificação (ABI 48-58)

Procedimento Principal	Demais atendimentos	Coparticipação e/ou Franquia	Total sem coparticipação e/ou franquia	Total com coparticipação e/ou franquia	Total	Diferença
HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA RECEPTOR POSITIVO EM ESTADIO I CLINICO-PATOLOGICO	47,43%	52,57%	27.833	30.520	58.053	2.687
INTERNAÇÃO P/ QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRAÇÃO CONTÍNUA	44,72%	55,28%	2.970	3.672	6.642	702
QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MELOPROLIFERATIVA RARA (1ª LINHA)	48,27%	51,73%	6.532	6.906	13.531	487
QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOLASTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINHA	39,33%	60,67%	811	1.291	2.082	440
TRATAMENTO DA PIELONEFRITE	46,81%	53,19%	3.188	3.620	6.808	434
QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MELOPROLIFERATIVA RARA (2ª LINHA)	45,85%	54,35%	1.894	2.255	4.149	361
TRATAMENTO DE CALCULOSE RENAL	45,92%	54,08%	1.137	1.336	2.478	202
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADOS	47,51%	52,49%	1.840	2.033	3.873	193
QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO MARCADOR POSITIVO - COM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA)	39,09%	60,91%	342	533	875	191
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	43,08%	56,92%	582	789	1.351	187
TRATAMENTO DE DENGUE CLASSICA	47,17%	52,83%	1.325	1.464	2.809	158
QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO ESTADIO IV OU DOENÇA RECIDIVADA (1ª LINHA)	43,81%	56,19%	506	649	1.155	143
QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE CRONICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA	47,85%	52,35%	1.402	1.540	2.942	138
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	48,77%	51,23%	2.728	2.863	5.590	137
QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVARIO OU DA TUBA UTERINA - ESTADIO IV OU RECIDIVA (1ª LINHA)	41,86%	58,34%	312	437	749	125
INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS (HOSPITAL DIA)	38,55%	61,45%	192	306	498	114
QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO II CLINICO OU PATOLOGICO SEM LINFONODOS AXILARES ACOMETIDOS	48,46%	51,54%	1.742	1.853	3.595	111
EXCISAO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE POR TUMOR	38,07%	60,93%	193	301	494	108
TRATAMENTO CLINICO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ALCOOL	41,18%	58,84%	242	346	588	104
TRATAMENTO CLINICO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE CRACK	31,94%	68,06%	84	179	263	95

Destaca-se a presença de **procedimentos quimioterápicos**.

FIGURA 4

<sup>4</sup> Ainda não há dados conclusivos para os atendimentos realizados em 2016. Contudo os dados disponibilizados demonstram uma tendência.

16. Deve-se atentar para a questão trazida pela Professora *M. Zélia Rouquayrol*<sup>5</sup> em sua obra “Epidemiologia & Saúde” que pondera para o fato de a saúde ter um custo, apesar de ser de difícil precificação. Especificamente trabalha com a afirmação de que a “saúde não tem preço, mas tem custo.”

17. O custo da saúde é tão maior quanto for o desperdício no setor, razão pelo qual se justifica plenamente a utilização de mecanismos que reduzam os desperdícios. A mencionada autora cita conclusões da OMS, em relatório datado de 1976:

*Para a OMS (1976), são fatores que determinam a tendência dos custos em saúde: causas demográficas, necessidade de pessoal nos serviços de saúde, qualidade nos serviços de saúde, exigências dos cidadãos, mudanças do quadro epidemiológico como consequência do desenvolvimento econômico, organização e estrutura dos sistemas de atenção sanitária e extensão da cobertura.*

(...)

*A redução do custo dos serviços de saúde não é, em si, um objetivo válido. O que se deve perseguir é a obtenção dos mesmos benefícios, a um custo mais baixo, ou aumentar os benefícios sem que suba o custo. Quando ambos os parâmetros são suscetíveis de alteração, é preciso que a análise de benefícios se faça junto com a análise de custo. A estabilidade dos custos dos serviços de saúde pode ser lograda por meio das seguintes medidas: (a) realizar o trabalho por meios cuja complexidade não seja superior à necessidade; (b) “combinação de recursos”, segundo as circunstâncias de cada caso, dando preferência ao uso de recursos mais abundantes; (c) aproveitar, ao máximo, os recursos, evitando-se a má-utilização e procurando que se complementem entre si, sempre que seja possível; e que sirvam ao maior número de usuários; (d) economia na aquisição de certo tipo de produtos; (e) uso adequado de incentivos; (f) poder financeiro de terceiros contribuintes.*

18. Por tal razão, deve-se afastar da ideia simples de que a divisão de custos entre o financiador e o usuário não deva ocorrer em nenhuma hipótese, admitindo-se em circunstâncias que possam gerar um ganho de eficiência para o sistema, quando o mesmo poderá servir a mais indivíduos sem aumentar seus custos.

19. Do contexto geral cabe, ainda, citar Medici A.C., também citado por Rouquayrol que argumenta que a Economia em saúde tem como premissa a incorporação de medidas de racionalização de custos sem produzir impactos negativos na saúde da população, aumentando a eficiência dos serviços sem reduzir a eficácia; que vem sendo apontado com frequência que hábitos de consumo excessivo dos serviços de saúde tem produzido desperdício e elevação dos custos em proporções indesejadas, pelo que se tem proposto como solução a implementação de taxas de moderação, co-pagamentos, franquias entre outros<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> ROUQUAYROL, M. Zélia. Epidemiologia & Saúde. P. 542

<sup>6</sup> Ob. Cit. P. 558.

20. Ademais, em se tratando de modelo de alocação de recursos, um modelo mais gerencialista, que vem sendo adotado em alguns sistemas de saúde, sobretudo em países europeus onde foram introduzidos mecanismos de gestão da demanda, tais como a introdução de médicos de porta de entrada ao sistema de saúde (*gatekeepers*) e de mecanismos de copagamento ou de coparticipação nos custos dos serviços<sup>7</sup>.

## II.1 – DO CENÁRIO INTERNACIONAL:

21. Dados de 2012 levantados dos estudos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, demonstram que fatores de moderação são adotados com grande frequência em diversos países do mundo, contudo, destaque-se, apenas com os números apresentados não é possível fazer um paralelo ao modelo brasileiro, servindo apenas como ilustração de que o que está se discutindo neste processo tem ampla aceitação no cenário internacional, existindo países que cobram valores fixos, irrisórios ou não, até países que trazem cobranças em percentual. Ademais, outra questão a se analisar é que mecanismos financeiros são aplicados inclusive na saúde pública prestada à população em alguns países.

22. Nas tabelas abaixo observa-se, inicialmente, um panorama sobre a fonte de custeio da atenção à saúde dos países pesquisados, havendo países com Sistema de Saúde Público, propriamente dito, custeado por impostos (*tax-funded health system*) e países que se valem de alguma forma de seguros saúde, que podem até ser seguros públicos obrigatórios para a população (Figura 5).

23. Segue-se com tabela que traz os tipos e nível dos requisitos de partilha de custos em cuidados primários ambulatoriais e com especialistas em nível ambulatorial, para um adulto não sujeito a qualquer isenção específica (Figura 6) e tabela com tipos e nível dos requisitos de partilha de custos para cuidados intensivos de doentes internados, para um adulto que não tem direito a isenção ou redução de copagamento (Figura 7).

Main source of basic health care coverage		List of countries
Tax-funded health system	National health system	Australia, Canada, Denmark, Finland, Iceland, Ireland, Italy, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, United Kingdom
Health insurance system	Single payer	Greece(a), Hungary, Korea, Luxembourg, Poland, Slovenia, Turkey
	Multiple insurers, with automatic affiliation	Austria, Belgium, France, Japan
	Multiple insurers, with choice of insurer	Chile, Czech Republic, Germany, Israel, Mexico, the Netherlands, Slovak Republic, Switzerland, United States

FIGURA 5

<sup>7</sup> UGÁ, M.A.D. Sistemas de Alocação de Recursos a Prestadores de Serviços de Saúde – A Experiência Internacional. Ciência & Saúde Coletiva, n° 17, p. 3437-3445, 2012.

Countries	Outpatient primary care physician* contacts	Outpatient specialist contacts
<b>Australia</b>	Free at the point of care when doctors accept direct payments from Medicare (about 79% of GP services 2010-11). Otherwise, patients may be exposed to costs.	Outpatient specialist contacts are fully covered when provided by the public hospital system, and covered generally with a copayment when provided outside hospitals and financed by Medicare..
<b>Austria</b>	Mostly free at the point of use for contracted physicians, with a EUR 10 (USD 11.80) annual payment. Certain professional groups have co-insurance rates (14-20%) instead of the service fee.	Mostly free at the point of use for contracted physicians, with a EUR 10 (USD 11.80) annual payment. Certain professional groups have co-insurance rates (14-20%) instead of the service fee.
<b>Belgium</b>	Copayment of EUR 6.50 (USD 7.48) or EUR 4.00 (USD 4.60) with GMD, reduced to EUR 1.50 (USD 1.73) or EUR 1.00 (USD 1.15) for patients with preferential reimbursement. Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.	Copayments between EUR 2.50 (USD 2.88) and EUR 24.25 (27.94) depending on service type and patient status (GMD/preferential reimbursement). Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.
<b>Canada</b>	Free at the point of care	Free at the point of care
<b>Chile</b>	Depending on health insurer, visits are either free of charge, or cost sharing is around 39% (average in 2010).	Depending on health insurer and chosen coverage plan, cost sharing ranges from 10% to 50%.
<b>Czech Republic</b>	Copayment of EUR 1.20 (USD 2.24) per visit.	User fee of EUR 1.20 (USD 2.24) per visit.
<b>Denmark</b>	Free at the point of care.	Free at the point of care.
<b>Estonia</b>	n.a.	n.a.
<b>Finland</b>	Copayment of EUR 13.80 (USD 14.74) per visit up to the annual copayment cap. A single primary care centre may collect the EUR 13.80 (USD 14.74) copayment no more than three times a year.	Copayment of EUR 27.50 (USD 29.26) per visit to an outpatient specialist contact in a hospital. For same-day (outpatient) surgery there is a copayment up to a maximum of EUR 90.30 (USD 96.12) per procedure. The annual municipal health care copayment cap applies.
<b>France</b>	Copayment of EUR 1 (USD 1.16) per consultation and 30% cost-sharing for patients registered with a treating physician, 70% in other cases. Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.	Copayment of EUR1 (USD 1.16) fee per consultation, plus cost-sharing of 30% with a GP referral, 70% otherwise. Patients may be exposed to extra-billing (allowed for 45% of specialists). Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.
<b>Germany</b>	Free at the point of care for patients with statutory health insurance and patient with selected PHI contracts.	Free at the point of care for patients with statutory health insurance and patients with selected PHI contracts.
<b>Greece</b>	Free at the point of care for public providers.	Free at the point of care for public providers.
<b>Hungary</b>	Free at the point of care	Free at the point of care
<b>Iceland</b>	Copayment of ISK 1000 (USD 7.0) per visit.	Copayment of ISK 4 200 (USD 30) per visit for any service exceeding ISK 4 200 + cost-sharing of 40% up to a maximum of ISK 29 500 (USD 208).

<b>Ireland</b>	Free at the point of care for approximately 40% of the population; while the remainder of the population pays the full cost of a GP consultation as a private arrangement with their GP.	Patients attending an emergency department are subject to a EUR 100 (USD 119.76) charge subject to a number of exemptions. Attendances at planned outpatient clinics in public hospitals are free at the point of care for public patients.
<b>Israel</b>	Free at the point of care for people insured in 3 of the 4 health insurance funds; Deductible of NIS 7.00 (USD 1.79) every quarter for the people insured in the 4 <sup>th</sup> fund.	Copayment of approximately NIS 25 (USD 6.38) once every quarter.
<b>Italy</b>	Free at the point of care	Facilities and services included in the national healthcare entitlements ("Livelli essenziali di assistenza"(LEA)) have a co-payment of up to EUR 36 (USD 45.57) + EUR 10 (USD 12.68) fixed cost imposed by the National legislation, which varies regionally.
<b>Japan</b>	Co-insurance of 30% of costs*	Co-insurance of 30% of costs
<b>Korea</b>	Below 65 years: 30% of cost of service For patients >= 65 years: cost-sharing of 30% when total cost exceeds KRW 15,000 (USD 18.11); copayment of KRW 1,500 KRW (USD 1.81) if the total cost is lower.	Tertiary hospitals: 60% cost-sharing (100 % for the medical examination fee); General hospitals: 50% cost-sharing (45% in case of rural area); Other Hospital: 40% cost-sharing (35% in case of rural area); Doctors' Clinic: 30% copayment.
<b>Luxembourg</b>	Cost-sharing of 20% for physician consultation. Cost-sharing of 12% for medical acts and services	Cost-sharing of 20% for physician consultation; cost-sharing of 12% for medical acts and services.
<b>Mexico</b>	Free at the point of care for patients within that same subsystem but potential extra-billing for patients from different subsystems or without public insurance.	Free at the point of care for patients within that same subsystem but potential extra-billing for patients from different subsystems or without public insurance.
<b>Netherlands</b>	No cost sharing once the general deductible is met (EUR 350).	No cost sharing once the general deductible is met (EUR 350 = USD 420).
<b>New Zealand</b>	Average cost-sharing is estimated at 30%, with a range of copayments depending on practice type and patient status.	No cost-sharing.
<b>Norway</b>	Copayment of NOK 136 (USD 14.74) per visit up to an annual ceiling for all user charges of NOK 2040 (USD 344) in 2013.	Copayment of NOK 307 (USD 33.27) up to a annual ceiling for all user charges of NOK 2040 (USD 344) in 2013
<b>Poland</b>	Free at the point of care.	Free at the point of care.
<b>Portugal</b>	Copayment of EUR 5 (USD 8.06) per visit (more that 60% of the population does not pay co-payments).	Copayment of EUR 7.5 (USD 12.10) per visit (more that 60% of the population does not pay co-payments).
<b>Slovak Republic</b>	n.a.	n.a.
<b>Slovenia</b>	20% cost-sharing.	15% cost-sharing.
<b>Spain</b>	Free at the point of care	Free at the point of care
<b>Sweden</b>	Free with some copayment. People usually pay a very small fee and when	Free with some copayment



	they reached a certain level of visits and cost they get the care for free.	
Switzerland	10% cost-sharing after general deductible, with an annual cap.	10% cost-sharing after general deductible, with an annual cap.
United Kingdom	Free at point of care	Free at point of care
United States	Varies across coverage schemes	Varies across coverage schemes
<b>Source: OECD Health system characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates; Information as of April 2014.</b>		
<b>Note: The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.</b>		
<a href="http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm">http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm</a>		

FIGURA 6

Countries	Acute inpatient care
Australia	Free at the point of care for patients treated as public patients in public hospital. Patients treated as private patients in public or private hospitals have to pay a share of the cost, often paid by their private health insurance (with some services being partly funded via the Medicare system).
Austria	Copayment of approx. EUR 10 (USD 11.80) per day (with regional variations), up to 28 days a year.
Belgium	Copayment per day, plus the costs of some non-reimbursable medical products or pharmaceuticals.
Canada	Free at the point of care.
Chile	Cost sharing ranges from 10% to 50%, depending on health insurer and chosen coverage plan.
Czech Republic	Copayment of EUR 4 (USD 7.49) per day.
Denmark	Free at the point of care.
Estonia	n.a.
Finland	Copayment of EUR 32.60 (USD 34.71) per day in somatic care; EUR 15.10 (USD 16.08) per day in psychiatric care, up to the annual cap.
France	The maximum of 20% cost-sharing or copayment of EUR18/day (USD 20.85), removed for surgical procedures whose cost exceeds a certain threshold. EUR 13.50/day (USD 15.64) in psychiatric facilities.
Germany	Copayment of EUR 10 /day (USD 12.51) , limited to 28 days/year.
Greece	Cost-sharing of less than 10% of total bill for patients treated in public hospitals. Higher level of cost-sharing and potential extra-billing for patients in private hospitals.
Hungary	Free at the point of care
Iceland	Free at the point of care.
Ireland	Free at the point of care for medical card holders and certain other categories Copayment of EUR 75 (USD 89.71) per day for public patients, capped at EUR 750 (USD 897.10) in any period of 12 consecutive months.
Israel	Free at the point of care.

Italy	Free at the point of care for patients treated as “public” patients in public and private hospitals.
Japan	Co-insurance of 30% of costs
Korea	Co-insurance of 20% for medical services; and 50% on meals.
Luxembourg	Copayment of EUR 19.92/(USD 21.06)day for the first 30 days of hospitalization.
Mexico	Free at the point of care for patients within the same subsystem but potential extra-billing for patients from different subsystems or without public insurance.
Netherlands	Free at the point of care after general deductible.
New Zealand	Free at the point of care.
Norway	Free at the point of care
Poland	Free at the point of care.
Portugal	Free at the point of care.
Slovak Republic	Free at the point of care.
Slovenia	Co-insurance of 15% of costs.
Spain	Free at the point of care
Sweden	Co-payment of SEK 80 (USD 9.02) per day, up to an annual threshold and then free of charge.
Switzerland	Co-insurance of 10% after deductible, subject to annual cap.
United Kingdom	Free at point of care
United States	Varies across coverage schemes
<b>Source: OECD Health system characteristics Survey 2012 and Secretariat’s estimates; Information as of April 2014.</b>	
<b>Note: The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.</b>	
<a href="http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm">http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm</a>	

FIGURA 7

24. Verifica-se que a utilização dos Mecanismos é altamente difundida entre as nações, cada qual com suas particularidades. Em um breve panorama dos dados apresentados tem-se o seguinte:

- **Austrália:** Possibilidade de incidência de coparticipação para beneficiários em consultas, sem previsão em internações quando o tratamento é feito pelo sistema público, em hospital público;
- **Áustria:** Para consultas o pagamento de €10,00 anual e possibilidade de incidência de coparticipação entre 14 e 20% e pagamento €10,00 p/dia, até 28 dias de internação;
- **Bélgica:** Pagamento de até €6,50 por consulta, possibilidade de pagamento integral com posterior reembolso e copagamento por dia de internação;
- **Canadá:** Inteiramente custeado pelo Estado;



- **Chile:** Até 39% de coparticipação em consultas simples e entre 10 e 50% em consulta com especialistas e internações;
- **República Tcheca:** €1,50 por consulta simples ou com especialista e €4,00 por dia de internação;
- **Dinamarca:** Inteiramente custeado pelo Estado;
- **Finlândia:** Copagamento de €13,80 por visita, com existência de teto para consultas simples e €27,50 por visita a um especialista em hospital, podendo haver copagamento de €90,30 por procedimento realizado em Hospital-dia; €32,60 por dia em internações comuns e €15,10 em internações psiquiátricas;
- **França:** Copagamento de €1,00 por consulta e até 70% de coparticipação nas consultas com especialista ainda pode haver uma cobrança extra. Possibilidade de pagamento integral com posterior reembolso. Até 20% ou €18,00 p/dia em internações; €13,50 em internações psiquiátricas;
- **Alemanha:** Consultas gratuitas para pacientes do Sistema Público e beneficiários de determinados “planos de saúde estatais”; Copagamento de €10,00 p/dia limitados a 28 dias no ano;
- **Grécia:** Consultas gratuitas no sistema público; Coparticipação de 10% em hospitais públicos, podendo ser maior na rede privada.
- **Hungria:** Inteiramente custeado pelo Estado;
- **Islândia:** Copagamento equivalente a US\$ 7,00 em consultas simples e US\$ 30,00 + custos excedentes até US\$ 208,00 em consultas com especialistas; Internações gratuitas;
- **Irlanda:** Consultas gratuitas para cerca de 40% da população e integral para os demais; custo de até €100,00 sujeito a isenções por atendimento em setor de urgência. atendimentos agendados no sistema público são gratuitos; Pode haver pagamento de €75,00 por dia, limitados a €750,00 em um período de 12 meses;
- **Israel:** Possibilidade de contribuição do equivalente a US\$ 1,79 em consultas simples e US\$ 6,38 por quadrimestre. Internações gratuitas;
- **Itália:** Copagamento de €36,00 + 10,00, variáveis por região em consultas com especialistas. Internações gratuitas para pacientes atendidos pelo sistema público, seja na rede pública ou privada.
- **Japão:** 30% dos custos através de co-seguro para consultas e internação
- **Coréia do Sul:** Coparticipação de 30% variando conforme a idade do paciente em consultas simples e até 60% em consultas com especialistas; Cosseguro de 20% do valor das internações;
- **Luxemburgo:** Coparticipação de 20% em consultas simples e com especialistas e €19,92 por dia, nos primeiros 30 dias de internação;
- **México:** Parte da população atendida no sistema público sem custos e outra parte atendida no sistema privado com desembolso direto ou planos privados com valores não identificados;
- **Holanda:** Franquia de €350,00 para consultas, não havendo desembolso após se atingir este valor; Internações também sujeitas a franquia.

- **Nova Zelândia:** Para consulta simples há uma coparticipação de aproximadamente 30% e o atendimento hospitalar é feito sem custos;
- **Noruega:** Copagamento do equivalente a US\$ 14,74, sujeito ao teto de US\$ 344,00 -ano referência 2013- em consultas simples e US\$ 33,27 e 344 em consultas com especialistas. Atendimento hospitalar sem custos;
- **Polônia:** Inteiramente custeado pelo Estado;
- **Portugal:** Copagamento de €5,00 por visita em consultas simples e €7,50 em consultas com especialistas. Atendimento hospitalar sem custos;
- **Eslovênia:** 20% de coparticipação em consultas simples; 15% em consultas com especialistas e 15% do valor de internação através de co-seguro.
- **Espanha:** Inteiramente custeado pelo Estado;
- **Suécia:** Copagamento de valor reduzido em consultas e do equivalente a US\$ 9,00 por dia de internação até um teto estipulado;
- **Suíça:** Franquia + coparticipação de 10% com limite anual para consultas e franquia + co-seguro de 10% do valor com limite anual nas internações;
- **Reino Unido:** Inteiramente custeado pelo Estado;
- **Estados Unidos:** varia conforme o tipo de cobertura.

25. Dos modelos adotados vê-se em larga escala a utilização do Copagamento e Coparticipação. Sem discutir sua natureza no mundo, estes serão colocados dentro do mesmo conceito de coparticipação, podendo-se entender o Copagamento como aquela situação em que a parcela do beneficiário é definida por um valor fixo e a coparticipação como sendo aquela parcela definida em percentual. Vê-se, ainda, a adoção de franquia e Coseguro que representa, em geral, a cobrança de um percentual após o atingimento do valor de franquia.

26. Tais mecanismos são mais comuns em consultas simples e com especialistas, mas também se encontram previstos para internações em alguns países.

27. Os dados apresentados apresentam algumas limitações, como, por exemplo, tratarem-se de compilados simplificados dentro de sistemas bem mais complexos em razão da metodologia adotada para coleta de dados pela OCDE.

28. Por esta razão passamos para uma análise um pouco mais aprofundada de 3 (três) sistemas de saúde acima mencionados, especificamente os sistemas holandês, americano e do Reino Unido.

29. Desses sistemas temos um cujo custeio se dá exclusivamente por impostos, sendo os planos de saúde uma espécie de “atalho” para obtenção de atendimento mais rápido; um sistema basicamente privado, cujo custeio público se mostra exceção e outro que traz um financiamento misto.

#### II.1.1– MODELO AMERICANO:

30. O modelo americano de planos de saúde adota como regra a utilização de fatores de moderação, sendo apenas residual o percentual de planos não moderados. O [site http://www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) traz diversos conceitos e regras aplicáveis aos planos de saúde nos Estados Unidos.

31. Tem-se como padrão a divisão dos planos pelo “critério dos metais”, com denominação de plano “bronze”, “prata”, “ouro” e “platina”, conforme o percentual dos custos a serem arcados pelo beneficiário<sup>8</sup>, conforme tabela abaixo (Figura 8):

	Beneficiário Paga	Seguradora Paga
Bronze	40%	60%
Prata	30%	70%
Ouro	20%	80%
Platina	10%	90%

FIGURA 8

32. Os planos de saúde no mercado americano incluem, além do percentual de coparticipação, a previsão de franquia (deductible), havendo ainda dois tipos específicos de planos de saúde, os “High Deductible Health Plans”, cujos valores de franquia e despesas do próprio bolso do beneficiário são significativamente mais altos, ainda que dentro de um limite determinado e os “Catastrophics Plans”, cuja contratação está restrita a um grupo com riscos menores e apresenta valores de mensalidades menores em contrapartida a eventuais participações maiores que aquelas previstas para o plano bronze.

33. No modelo americano trabalha-se com uma série de conceitos abaixo expostos:

- **Copagamento:** Estipulado em valores fixos, incidindo após se atingir a franquia estipulada em contrato.
- **Cosseguro:** É estipulado em percentual, incidindo após atingido valor estipulado para franquia. É uma coparticipação que incide após o atingimento do valor anual de franquia;
- **Deductible (Franquia):** É o valor que o consumidor tem que pagar ao prestador antes da operadora de plano de saúde começar a assumir os custos
- **Out-of-Pocket:** Valor desembolsado diretamente pelo beneficiário.
- **Stop Loss:** É o valor anual máximo que um segurado poderá desembolsar no pagamento de serviços de saúde. É a soma do dedutível + out of pocket. Qualquer valor acima desse será custeado pela seguradora.

34. Importante sinalizar que para o modelo cujo financiamento se dá por fonte privada está previsto um limite anual de gastos pelo beneficiário, que se encontra no conceito de *stop loss*.

35. É possível observar que no modelo norte-americano se admite a redução nos valores de franquia e coparticipação em razão da utilização de rede referenciada pela operadora havendo modalidade de plano específica<sup>9</sup>

<sup>8</sup> <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>

<sup>9</sup> <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plan-types/>

36. Também se observa no modelo americano a existência de diversos procedimentos de caráter preventivo que estão isentos de franquia e coparticipação<sup>10</sup>, bem como a incidência de alguns benefícios sociais<sup>11</sup>.

## II.1.2 – MODELO BRITÂNICO:

37. Em posição oposta ao modelo americano encontra-se o modelo inglês, que possui a característica de ser um modelo de atenção à saúde Pública e Universal, contexto no qual os planos de saúde assumem um papel coadjuvante na prestação dos serviços.

38. No momento em que a prestação se dá através do sistema público, há uma necessidade menor de proteção pelo Estado para a prestação dos serviços pela entidade privada, pelo que o sistema admite algumas exclusões que não se aplicam, por exemplo, no modelo brasileiro, como a exclusão absoluta para doenças e lesões preexistentes, bem como para o custeio de tratamentos para doenças crônicas, que assim são realizados pela via pública.

39. Alguns conceitos usados no modelo britânico são:

- **Excess:** Semelhante a Franquia, podendo se dar em valor agregado ou por procedimento.
- **Fee Assured:** Cobertura garantida pelo Plano de Saúde, acima deste valor a despesa correrá por conta do beneficiário.
- **Outpatient Limits:** Limite de cobertura para procedimentos diagnósticos ou terapêuticos realizados em hospitais. Uma vez atingido o limite da cobertura incidirá o “excess” + out-of-pocket.
- **No claims Discount:** Seguradoras oferecem descontos pela não utilização do plano de saúde.

40. Diferentemente do modelo brasileiro, em que, não obstante haja previsão de um Sistema Público Universal, representado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, na Grã-Bretanha há uma efetiva diferenciação dos serviços prestados pelo Estado e pelas empresas privadas que atuam mais como facilitadoras de acesso e não propriamente como provedoras de saúde.

41. Desta forma as normas para utilização de mecanismos de regulação são bem mais flexíveis e características como o “bônus” pela não utilização do seguro são bem próximas das características existentes nos demais contratos de seguro.

## II.1.3 – MODELO HOLANDÊS:

42. No Modelo Holandês há um Plano de Saúde subsidiado pelo próprio Estado, sendo de adesão obrigatória para todo cidadão contribuinte ou residente em seu território. Esse plano de saúde comporta, no entanto o pagamento de “excess” (franquia) quando da sua utilização, estando excetuados alguns grupos, como idosos, grávidas e crianças que possuem isenções.

<sup>10</sup> <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

<sup>11</sup> <https://www.healthcare.gov/glossary/cost-sharing-reduction/>

43. Parte-se da premissa de uma competição ampla no mercado, com as seguradoras podendo precificar livremente seus produtos e poderão fazê-lo conforme a utilização dos planos de saúde, pelo que, entende-se, que o beneficiário, ao vislumbrar a diferença de preço existente seja mais crítico com relação ao preço e a qualidade dos serviços prestados.

44. De forma semelhante ao modelo americano, aqui também se comporta a diferenciação de planos por categorização. Na Holanda existe o instituto da franquia voluntária, em que o próprio beneficiário escolhe se irá pagar um determinado valor de franquia que é predeterminado, podendo ser de €100,00; €200,00; €300,00; €400,00 ou €500,00.

45. Também se aplica na Holanda o bônus pela não utilização ou pouca utilização do Plano de Saúde, numa clara aproximação aos demais contratos com natureza securitária. Maiores detalhes sobre o Modelo Holandês podem ser lidos no Artigo Científico nº 40, referenciado no parágrafo 107, item II.3.5 deste relatório.

## **II.2 – DA LEGISLAÇÃO VIGENTE:**

46. Os mecanismos financeiros de regulação encontram amparo legal na Lei nº. 9.656/98 e na Lei nº. 9.961 de 28 de janeiro de 2000, embora só sejam efetivamente definidos pela Resolução CONSU nº 08/98, uma vez que as Leis Federais apenas citam sua existência e a competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar para normatizar e avaliar o tema, conforme depreende-se da leitura dos artigos abaixo enxertados:

Lei 9656/98:

*Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:*

*(...)*

*§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:*

*(...)*

*d) mecanismos de regulação;*

*Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:*

*(...)*

*VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;*

*Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de*

vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

(...)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a **co-participação** do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Lei 9961/00:

Art. 4º Compete à ANS:

(...)

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

(...)

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

47. A norma regulamentadora trouxe uma série de definições acerca dos Mecanismos de Regulação, mas esse documento propõe-se a discutir apenas aqueles Mecanismos Financeiros de Regulação, restringindo-se aos institutos da coparticipação e franquia, razão pela qual destacam-se os seguintes artigos da Resolução CONSU 08/98:

Art. 1º O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde de que trata o Inciso I do § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional, na Lei nº 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos.

(...)

§ 2º - As operadoras de seguros privados somente poderão utilizar mecanismos de regulação financeira, assim entendidos, franquia e co-participação, sem que isto implique no desvirtuamento da livre escolha do segurado.

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

(...)

VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

*Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:*

*I – "franquia"<sup>12</sup>, 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 cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;*

*II – "co-participação"<sup>13</sup>, a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.*

*Parágrafo único - Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.*

*Art. 4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:*

*I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:*

*a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;*

*(...)*

*VI – informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;*

*VII – estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.*

45. Adicionalmente, a questão referente à incidência de coparticipação em procedimentos ligados a saúde mental encontra-se atualmente disciplinada pela Resolução Normativa – RN nº 428 de 07 de novembro de 2017:

*Art. 22. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:*

<sup>12</sup> Consta a seguinte definição no Glossário Temático da Saúde Suplementar, 2ª edição:

<sup>13</sup> Consta a seguinte definição no Glossário Temático da Saúde Suplementar, 2ª edição:

*I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;*

*II - quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:*

*a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e*

*b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.*

46. O tema ainda é abordado em norma que regulamenta o §6º, do art. 30, da Lei 9656/98, sem inovar em relação ao que já era previsto pela Resolução CONSU nº 08/98.

47. Isto posto, e, considerando que a ANS detém atribuições legais conferidas pela Lei 9.961/00 para normatizar o tema, sobretudo pelos artigos abaixo citados, passa-se ao relatório e análise:

*Art. 4º Compete à ANS:*

*(...)*

*VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;*

*(...)*

*XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;*

*(...)*

*Art. 10. Compete à Diretoria Colegiada:*

*(...)*

*II - editar normas sobre matérias de competência da ANS;*

### **II.3 – HISTÓRICO DE DISCUSSÕES NA ANS:**

48. O tema “Mecanismos Financeiros de Regulação” já foi objeto de diversas discussões dentro da ANS, incluindo duas Consultas Públicas, as de número 24/2006 e 60/2016. Além dessas consultas formais, ainda foi objeto, no ano de 2012, de Câmara Técnica em que foi discutido em conjunto com os demais Mecanismos de Regulação e, em 2015, de Grupo de Trabalho no âmbito da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.



### II.3.1 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.140914/2005-11

49. A Consulta Pública de 2006 se originou do Processo Administrativo nº 33902.140914/2005-11, encaminhada através da Nota Técnica nº 08/2005/GGTAP/GGEOP/GGEFP/DIPRO, ou seja, de um trabalho conjunto de todas as Gerências-Gerais da Diretoria de Produtos.

50. A Nota ocupava-se de estabelecer diversos conceitos abaixo transcritos:

*(a) Franquia: É o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.*

*(b) Coparticipação: É a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.*

*(c) Fator Restritor Severo: É a participação financeira sob a responsabilidade do beneficiário, estabelecida contratualmente, cujo valor seja superior aos tetos máximos estabelecidos na Resolução.*

*(d) Financiamento Integral: É o valor referente a participação financeira sob a responsabilidade do beneficiário, estabelecido contratualmente, que caracterize o financiamento total.*

*(e) Consultas Médicas: Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em que a despesa seja restrita ao ato da consulta.*

*(f) Exames complementares: Método de auxílio diagnóstico, realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.*

*(g) Atendimentos a pacientes utilizando métodos de tratamento realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.*

*(h) Outros atendimentos ambulatoriais: Atendimentos com procedimentos (exceto exames complementares, terapias e consultas médicas) realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas utilizados na execução dos procedimentos.*

*(i) Internações: atendimentos prestados a paciente admitido para ocupar leito hospitalar em enfermaria, quarto, ou unidade de curta permanência, terapia intensiva ou semi-intensiva.*

51. A Nota apresentava como metodologia para definição do cálculo da proposta a utilização de dados do Sistema de Informação dos Produtos - SIP, informados pelas operadoras, conforme abaixo transcrito:

*A nossa metodologia foi fundamentada a partir da construção dos valores a serem utilizados como parâmetros de avaliação da co-participação e franquia, baseado nos dados do Sistema de Informação dos Produtos (SIP), referente a custos e frequências, somente para a carteira dos planos individuais/familiares das operadoras médico-hospitalares.*

*(...)*

*Para realizar a estimativa dos valores de co-participação e franquia a serem aplicados, adotou-se como base de cálculo, por margem de segurança, o limite superior do intervalo de confiança apurados no período de outubro de 2003 a setembro de 2004 das tabelas de custo e frequência (...)*

52. Não consta da Nota um parâmetro objetivo que defina com precisão a razão dos percentuais propostos, tendo se baseado nas informações de valores do SIP, cujo valor médio máximo informado de R\$ 3.270,00 dizia respeito às internações, para definir faixas de 10, 20 e 30%.

53. Observa-se que o escalonamento teve como critério o valor dos procedimentos apurados no SIP, sendo maior o percentual para procedimentos de custo menor, seguindo-se uma lógica de proporcionalidade, contudo os percentuais propostos não se encontram embasados em qualquer tipo de análise que indique a existência de um ponto ótimo para afastar exclusivamente a utilização não fundamentada/necessária do plano de saúde.

54. A proposta original ainda trazia um limite de exposição financeira que ia até 3 (três) contraprestações pecuniárias no caso de despesas com internações; 2 (duas) contraprestações para despesas relativas a procedimentos mais complexos; e 1 (uma) para procedimentos simples, sem especificar o que deveria ser feito acaso existissem despesas dos três tipos. Previa, ainda, que valores que excedessem esses limites poderiam ser divididos em meses subsequentes.

55. A proposta foi alterada após apontamento da Procuradoria, restringindo a exposição do beneficiário a apenas uma contraprestação sem previsão de redistribuição dos excedentes nos meses subsequentes, independente do procedimento utilizado, seguindo, então, para consulta pública.

56. Embora não tenha sido juntado no processo qualquer documento relativo às contribuições recebidas, tampouco análises das mesmas, ao final, apresentou-se nova proposta<sup>14</sup>, datada de 2010, que trouxe percentuais semelhantes à proposta submetida à consulta pública, retirando, contudo, a vinculação dos valores de coparticipação aos valores informados no SIP e possibilitando, em alguns casos específicos, coparticipações em percentuais maiores, **alcançando até 50% nos procedimentos mais simples**. Adicionalmente, introduziu as isenções de cobrança em procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva.

---

<sup>14</sup> Foi incluído um quadro comparativo entre a proposta submetida à Consulta Pública e a proposta final no processo nº 33902.140914/2005-11 (fls. 91/94);

57. No Despacho nº 176/2010/GGEFP/DIPRO/ANS, introduziu-se na discussão a ideia de risco moral:

*A fim de evitar gastos excessivos, realizados voluntariamente pelos consumidores (risco moral), é que definimos mecanismos financeiros que estimulem o uso racional do plano, como fator moderador.*

(...)

*Com intuito de verificar o impacto regulatório desta questão, avaliando a atual utilização dos fatores moderadores do mercado, bem como para discutir possíveis metodologias para definição dos limites, foi agendada reunião com o Instituto Brasileiro de Atuária – IBA, ocorrida em 14 de dezembro de 2009.*

*Na referida reunião, a comissão de saúde do IBA apresentou estudo de caso de uma operadora específica<sup>15</sup>, cujo objetivo seria definir o limite para inclusão de fator moderador a partir do qual não há redução no contingente de beneficiários que irá utilizar o plano (não haveria mais a redução da frequência de utilização).*

(...)

*A conclusão do estudo reporta à importância do fator moderador para o equilíbrio econômico-financeiro dos planos de saúde e a decorrente redução de preços de venda, corroborando as considerações técnicas apresentadas anteriormente.*

*Não foi possível, por fim, determinar qual seria o limite ideal. De toda forma, não se pode afirmar que este estudo seria suficiente para a determinação dos limites, pois mesmo que a utilização não se alterasse a partir de um determinado ponto, poderia ainda haver interesse dos beneficiários nestes planos em função da redução de preços.*

*Além da apresentação do estudo, foi também discutido como se dá a adoção dos fatores moderadores no mercado. Ressaltou-se que, apesar do estudo em questão se tratar de uma amostra, ela corresponde à realidade do mercado, onde os planos com coparticipação e/ou franquias mais elevadas possuem limitador em valor, por necessidade comercial (a inexistência dos mesmos não atrai beneficiários aos planos).*

*A partir do discutido na reunião com o IBA, considerou-se que os limites estabelecidos na última versão do normativo estão compatíveis com a realidade do mercado. Ressalta-se também que não se verifica nesta Gerência-Geral grande quantidade de demandas de beneficiários sobre esse assunto. Sob o ponto de vista técnico, observa-se que as questões de risco foram consideradas, dadas as diferenciações de limites para o fator*

<sup>15</sup> O mencionado estudo é documento integrante do processo nº 33902.140914/2005-11 (fls. 83/89);

*moderador por procedimento. Desta forma, entende-se não haver necessidade de revisão dos percentuais sugeridos.*

58. Por fim, consta do processo “Estudo Técnico para o estabelecimento dos limites do fator moderador baseado nos dados de NTRP” que:

*Cabe destacar que o presente estudo não se sujeita a alterar os parâmetros determinados originalmente, mas apresentar outra forma de determinar os valores limites para inclusão de fatores moderadores nos planos de saúde, dando maior clareza para o beneficiário do limite do fator moderador no momento da contratação do plano.*

59. Para uma melhor visualização da proposta final surgida no âmbito do processo nº 33902.140914/2005-11 apresenta-se a tabela abaixo com alguns tópicos importantes a serem analisados:

	<b>Proposta CP24</b>	<b>Proposta 2010</b>
<b>Percentual máximo de Coparticipação</b>	30%	30% podendo chegar a 60%
<b>Coparticipação Internação</b>	10%, conforme informação SIP	40% da mensalidade da última faixa
<b>Coparticipação Terapias para doenças Crônicas</b>	20%	Vedado
<b>Existência de isenções</b>	Não	Alguns tratamentos de doenças crônicas
<b>Limite de exposição Financeira</b>	2x o valor da contraprestação	Sem limite
<b>Reajuste nas tabelas</b>	Limitados ao valor do reajuste anual aplicado	Previsão somente para contratos individuais, limitado ao índice ANS. Livre para Coletivos
<b>Possibilidade de custeio integral de procedimento</b>	Não	Não

### II.3.2 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.227509/2012-35

60. A revisão dos Mecanismos de Regulação passou a integrar a Agenda Regulatória da ANS para o biênio de 2011/2012, pelo que se instaurou a Câmara Técnica para discussão do tema após deliberação ocorrida na 335ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada.

61. No âmbito da Câmara Técnica a ANS recebeu diversas contribuições sobre o tema advindas de entidades representativas de operadoras e consumidores, entre outras.

62. Em complementação ao estudo apresentado no Processo 33902.140914/2005-11 o Instituto Brasileiro de Atuária apresentou uma tabela demonstrando que dentre a

população pesquisada havia uma tendência pela escolha de plano com até 50% de coparticipação em razão do menor valor de mensalidade:

*Observem no quadro abaixo que as singulares tem produtos registrados e ativos nas diversas co-participações, os quais são todos efetivamente oferecidos, ficando à opções dos beneficiários escolherem a alternativa que melhor se adapte ao seu orçamento e recursos assistenciais disponíveis na sua região. Os dados mais recente são:*

**Beneficiários por Co-participação**

<b>% Co-Part.</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>0%</b>	57.991	61.311	63.916
<b>20%</b>	89.929	97.046	104.551
<b>30%</b>	186.458	184.990	184.808
<b>50%</b>	133.986	155.662	178.621
<b>Total</b>	<b>468.364</b>	<b>499.008</b>	<b>531.896</b>

**B – Quadro em % - Proporcional:**

<b>% Co-Part.</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>0%</b>	12%	12%	12%
<b>20%</b>	19%	19%	20%
<b>30%</b>	40%	37%	35%
<b>50%</b>	29%	31%	34%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

63. No curso da Câmara Técnica a ANS apresentou as seguintes premissas e indagações:

- Não pode haver financiamento integral do procedimento pelo beneficiário (Lei 9.656/98 – Conceito de Plano de Saúde);
- Conceito para franquia: valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede assistencial no ato da utilização do serviço;
- Conceito para coparticipação: valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, a ser pago pelo beneficiário à operadora de plano privado de assistência à saúde, referente à realização do procedimento;
- Fator moderador em moeda corrente ou percentual?

- Estabelecimento de limites para o valor do fator moderador, sendo até 30% em procedimentos ambulatoriais e até 20% para os PAC, tendo como referência o valor do procedimento pago pela operadora ao prestador;
  - Caso a operadora estabeleça o valor do fator moderador por grupo de procedimentos, deverá observar o valor do procedimento mais barato do grupo para verificação do limite;
  - Limite de 40% do valor da contraprestação pecuniária do plano, relativo à última faixa etária, para as internações;
  - Em Pós-Pagamento: o limite do valor fixo estabelecido em moeda corrente no contrato irá considerar 10% do valor médio de internação na época da contratação do plano;
  - Internação Psiquiátrica: manutenção do disposto no artigo 18 da RN 211/10;
  - Avaliar a possibilidade de cobrança de fator moderador para procedimentos de urgência e emergência;
  - O valor do fator moderador deverá ser estabelecido por evento, caracterizado da entrada até a efetiva alta do beneficiário;
  - O valor do fator moderador determinado para a internação não poderá ser parametrizado por número de diárias (exceto para internação psiquiátrica), procedimentos, patologias e utilização de OPME;
  - Vedar a utilização de fator moderador nos seguintes casos:
    - Procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva (tratamentos sequenciais ou contínuos);
    - Em planos que prevejam atendimento básico realizado por médico ou odontólogo no qual será feito o encaminhamento a serviços especializados, quando necessário;
    - Participação em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
    - Durante a gestação e puericultura (em procedimentos decorrentes da gestação);
    - Acompanhamento de doenças crônicas
  - Para os planos sujeitos à autorização de reajuste por parte da ANS, os valores relacionados ao fator moderador não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária;
  - Para os planos coletivos, os valores relativos ao fator moderador poderão sofrer alteração de acordo com a negociação entre as partes, ficando sujeitos à comunicação de reajustes à ANS
  - Avaliar a adoção de mecanismos de regulação financeira diferenciados por prestador.
64. Após análise das contribuições enviadas pelas entidades participantes a ANS emitiu algumas ponderações direcionando sua proposta:
- Financiamento integral do procedimento: os limites estabelecidos no novo normativo não serão obrigatórios para os procedimentos não constantes do rol de

procedimentos, bem como para coberturas adicionais, desde que não ocorra o financiamento integral do procedimento;

- Não será permitido o pagamento direto ao prestador, pois o contrato do beneficiário é com a operadora;
- Submissão de análise do conceito de “pagamento integral do procedimento para a Procuradoria”<sup>16</sup>;
- Quanto ao paralelo com o HSA americano<sup>17</sup>, o entendimento da ANS para o regime misto de financiamento é que uma poupança deste tipo seria direcionada ao pagamento das mensalidades no futuro, tendo em vista o comprometimento da renda dos mais idosos e o envelhecimento da população;
- Acatar proposta de definição do estabelecimento de percentual para coparticipação e moeda corrente para franquia
- Nenhum pagamento integral deverá ser permitido. O percentual limitador da coparticipação é necessário para delinear o limite entre “regulação do mau uso” e “inibição do uso” sendo obrigação da ANS cuidar para que isso não ocorra;
- O valor do fator moderador poderá estar limitado a um valor correspondente a percentual da mensalidade da última faixa etária, para todos os procedimentos, assim como já proposto nos casos de internação.
- Será analisada a possibilidade de estabelecer limite de 50%.
- A operadora é livre para adotar o fator moderador ou não (em resposta a proposta de vedação da utilização de fator moderador para internação).
- Avaliar melhor premissa do fator moderador em planos de pós-pagamento.
- As coparticipações devem ser vinculadas aos procedimentos. Em caso de OPME, a coparticipação deve estar vinculada ao procedimento e não ao material. Assim sendo, deve ser observado o limite definido em contrato para este evento, seja decorrente de internação ou procedimentos ambulatoriais.
- Em estudo, o escalonamento será analisado, desde que o valor máximo cobrado esteja de acordo com os limites impostos no normativo e que não haja financiamento integral do procedimento (sobre a possibilidade de se utilizar o mecanismo de regulação, por diária, em internação).
- Reitera que não haverá mudança nas previsões sobre internações psiquiátricas.
- Apenas em planos com fator moderador poderá haver a cobrança de fator moderador em internações psiquiátricas. Nos planos que não prevejam fator moderador, só poderá haver previsão a partir do 30º dia.
- Acatada contribuição sobre cobrança de mecanismo de regulação em procedimentos de urgência e emergência, pois “tal isenção poderia de certa forma estimular o uso em demasia de pronto atendimentos.
- Acatada sugestão de condicionar a isenção para “acompanhamento de doenças crônicas” aos programas de Promo-Prev, além de melhor definição do que se enquadraria neste conceito.

---

<sup>16</sup> Este tema será oportunamente revisitado neste documento.

<sup>17</sup> <https://www.healthcare.gov/glossary/health-savings-account-HSA/>

- Acatada a sugestão de condicionar a isenção para o período de gestão e puericultura a participação em programas de Promo-Prev.
  - Acatar a possibilidade de se valer de isenções em mecanismos de regulação para direcionamento de rede.
  - Acatada contribuição sobre a possibilidade de previsão de tabela com valores de procedimentos: A tabela irá trazer maior transparência para as cobranças e servirá para manter atualizados os valores de coparticipação estipulados em percentuais aplicáveis aos valores dispostos na tabela.
  - A ideia é que a tabela de referência possua os valores pagos pela operadora aos prestadores por procedimento e não por prestador. Todos os beneficiários pertencentes ao mesmo plano e contrato, quando utilizarem um mesmo procedimento devem pagar o mesmo fator moderador independente do prestador escolhido. Fica facultada à operadora a isenção da cobrança do fator moderador em determinados prestadores, desde que previsto em contrato.
  - Vedação da cobrança de coparticipação antes da efetiva realização do procedimento.
  - Considerando que a presença de fator moderador é uma característica do produto, a sua alteração desconfiguraria o produto originalmente registrado.
  - Possibilidade de cobrança de multa por parte da operadora pela ausência/atraso do beneficiário em consulta/procedimento agendado, desde que a operadora também fosse obrigada a arcar com multa no caso de atraso/ausência do prestador.
  - Serão avaliadas como as regras serão aplicadas aos contratos vigentes antes da publicação de novo normativo.
65. Após nova rodada de contribuições a ANS apresentou as seguintes conclusões:
- O valor moderador para consultas, exames e internação poderá ser de até 50% do valor pago pela operadora ao prestador, limitado a 50% do valor da contraprestação pecuniária da última faixa etária.
  - Nos planos com formação de preço pós estabelecido o valor limitador deverá corresponder a 12% do valor médio de internação da operadora (equivalente a regras da faixa etária, onde 12% correspondem aos 50% da última faixa etária).
  - A incidência dos fatores moderadores poderá ser escalonada (por diária de internação), desde que o critério fique claramente estabelecido em contrato e observe os limites estabelecidos.
66. Por fim a ANS apresenta as seguintes conclusões:
- **Fator moderador:** É a participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele realizado, estabelecida no contrato de plano privado de assistência à saúde, na forma de franquia ou coparticipação.
  - **Franquia:** Fator moderador estabelecido em moeda corrente e pago à operadora de plano privado de assistência à saúde.
  - **Coparticipação:** Fator moderador estabelecido em formato de percentual e pago à operadora de assistência à saúde.



- Nos planos coletivos, nos termos do art. 8º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, a responsabilidade pelo pagamento do fator moderador à operadora é da pessoa jurídica contratante, observadas as exceções dispostas no parágrafo único do artigo em questão.
- O fator moderador estabelecido contratualmente não poderá ultrapassar o equivalente a **50% do valor de cada procedimento pago pela operadora ao prestador.**
- O estabelecimento do fator moderador fica ainda limitado ao valor correspondente a **50% da contraprestação pecuniária da última faixa etária do plano** na data da assinatura do contrato.
- Nos planos com formação de preço pós-estabelecido o valor limitador deverá corresponder a 12% do valor médio de internação da operadora.
- A apuração do valor médio de internação deverá estar devidamente justificado em documento técnico, que poderá ser solicitado à qualquer momento para verificação.
- O fator moderador disposto em contrato para internações hospitalares aplica-se para todas as especialidades, inclusive para internação psiquiátrica.
- É permitida a fixação de fator moderador, crescente ou não, no limite de 50% do valor contratualizado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internação psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato.
- Os limites estabelecidos não se aplicam aos serviços complementares desde que sejam restritos a itens **não previstos no Rol de Procedimentos da ANS**, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.
- O limite estabelecido deverá incidir em tabela de referência previamente e permanentemente divulgada pela operadora em seu site, exceto no que se refere às internações, observados os seguintes requisitos:
  - Deverão constar da tabela o custo de cada procedimento ou grupo de procedimentos onde for possível a incidência do fator moderador;
  - Os custos de cada procedimento ou grupo de procedimentos deverão refletir o menor valor pago pela operadora a seus prestadores, não sendo possível a ocorrência de mais de um valor para um mesmo procedimento;
  - A tabela de referência deve ser permanentemente atualizada, de acordo com o resultado das negociações entre a operadora e seus prestadores.
- A incidência dos fatores moderadores poderá ser escalonada, desde que o critério fique claramente estabelecido em contrato e observe os limites estabelecidos.
- Será permitida a isenção da cobrança do fator moderador, desde que o critério esteja claramente disposto no contrato.
- Nos planos coletivos empresariais, para fins de verificação da contraprestação pecuniária da última faixa etária, deve-se considerar a tabela de custo por faixa etária de que trata o art. 15 da Resolução Normativa nº 279, de 2011.
- Vedações:

- Fator moderador que configure financiamento integral do procedimento;
  - Pagamento de fator moderador diretamente ao prestador;
  - Exigência de fator moderador no ato da autorização do procedimento;
  - Fator moderador em plano que possua mecanismo de regulação assistencial que preveja atendimento básico realizado por médico ou odontólogo no qual será realizado o encaminhamento a serviços especializados, quando necessário;
  - Fator moderador para os procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva;
  - Indexação do valor de fator moderador por procedimento e/ou patologias em internações;
  - Fator moderador diferenciado por prestadores, ressalvados os casos de isenção da cobrança do fator moderador;
  - Fator moderador específico para órteses, próteses e medicamentos especiais (OPME), devendo restringir-se ao fator moderador do procedimento realizado;
  - Fator moderador em procedimentos decorrentes de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças do qual o beneficiário participe.
- Para os planos individuais ou familiares, os valores relativos ao fator moderador não poderão sofrer reajuste superior ao reajuste anual autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária, observados os limites estabelecidos.
  - Para os planos coletivos é livre a negociação para alteração dos valores ou percentuais de fator moderador, observados os limites estabelecidos, devendo ser comunicadas à ANS na forma prevista na Instrução Normativa nº 13 da DIPRO, de 2006.
  - Em quaisquer das hipóteses de reajuste, deve ser preservada a anualidade dos contratos.
  - Nos casos em que couber reembolso de despesa que possua previsão de fator moderador, poderá ser descontado o valor referente à participação do beneficiário, sendo vedado:
    - Reembolsar ao consumidor as despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha, com valor inferior ao praticado diretamente na rede assistencial da operadora; e
    - Reembolsar ao consumidor as despesas médicas provenientes de planos exclusivamente livre escolha, com valor inferior ao efetivamente pago pelo beneficiário.
  - Quando da inclusão de um novo procedimento no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, deverá ser observado:
    - Se o novo procedimento pertencer a um grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum fator moderador, o novo procedimento receberá o mesmo fator moderador de seu grupo;

- Se o novo procedimento não pertencer a nenhum grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum fator moderador ou se o plano estabelecer fatores moderadores individualmente para cada procedimento, caberá à operadora definir se haverá fator moderador para o novo procedimento e qual será este valor.

67. A Câmara Técnica não resultou, no entanto, em efetiva proposta de minuta. As análises feitas pela ANS constam de apresentações em Power Point, não havendo documento técnico para subsidiar as premissas e definições postas.

68. Em razão de proposta apresentada pela entidade Fenasaúde, foi instaurado um terceiro processo sobre o tema para análise pontual de aspecto jurídico relevante.

### II.3.3 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.527905/2012-60

69. No curso da Câmara Técnica analisada no tópico anterior a Fenasaúde apresentou proposta de flexibilização de conceito para permitir uma melhor utilização do mecanismo da franquia, tendo sido a mesma encaminhada para a análise da Procuradoria Federal:

*Durante as discussões técnicas da Câmara, o mercado regulado questionou esta Agência sobre a possibilidade de oferecimento de um produto com a estipulação de uma franquia mínima a ser paga pelo beneficiário para utilização dos serviços de saúde, funcionando de maneira bastante similar ao conceito consagrado de franquia no mercado segurador de automóveis.*

*(...)*

*Embora a proposta trazida pelo mercado regulado já tenha uma experiência de longa data no mercado segurador de automóveis, vislumbra-se uma possível resistência com base na interpretação do conceito de plano privado de assistência à saúde, trazida pelo inciso I do art. 1º da Lei 9656/98, e esquadrihada no inciso III do art. 2º da Resolução CONSU nº 08/98.*

*No entanto, tendo por base a fundamentação apresentada, cabe uma consulta formal a essa Procuradoria a fim de esclarecer se esta Agência poderia, dentro de seu escopo regulatório, pensar e estudar tecnicamente a criação de um produto com estipulação de franquia ou se, efetivamente, o conceito de cobertura integral do risco por procedimento coberto pelos planos privados de assistência à saúde, explicitado nos pareceres acima colacionados, não admite qualquer exceção legal.*

70. Em conclusão a PROGE orientou que:

*Pelo exposto, considerando a previsão do inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98, entende-se que a definição do conceito de franquia pela ANS deve se atentar para a vedação legal de que a assistência (o procedimento) seja custeado integralmente pelo consumidor, além das demais restrições inerentes a*

*qualquer fator de moderação (como, por exemplo, não ser capaz de restringir a utilização pelo beneficiário)<sup>18</sup>.*

71. O processo foi remetido para a Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos – GGEFP/DIPRO que passou a trabalhar em cima da proposta de normativo, sendo certo que as análises técnicas para a proposta final e um rascunho de minuta constam deste processo.

72. Consta do processo a Nota 43/2013/GGEFP/DIPRO/ANS com a análise de diversos pontos sobre o tema Mecanismos Financeiros de Regulação que subsidiaram a elaboração de proposta.

73. Acerca da conceituação do que seriam os mecanismos de coparticipação e franquia estabeleceu-se como diferencial a forma de definição dos mesmos, se por um percentual enquadrar-se-ia como coparticipação, se em moeda corrente como franquia.

74. Acerca dos limites para os fatores moderadores a Nota em **comento** afirma que foram feitas alterações nos percentuais anteriormente previstos pois estes careceriam de fundamentação técnica robusta.

75. A seguir passa-se a transcrever algumas das fundamentações técnicas trazidas pela nota:

*(sobre a previsão da elaboração de tabela de referência) A imposição da limitação foi baseada no conceito de que o beneficiário não pode arcar com a maior parte dos custos de sua assistência. Já a tabela de referência busca transparência, bem como a real e prévia ciência dos beneficiários para com seus eminentes custos. A exigência de um valor único por procedimento ou grupo de procedimentos visa facilitar o entendimento do beneficiário, bem como evitar um possível “direcionamento por custo” confundindo-se com outro tipo de mecanismo de regulação.*

*(o estabelecimento de limite) visa evitar que o beneficiário tenha que arcar com valores muito elevados, decorrentes de procedimentos muito caros quando necessário ou ainda que o fator moderador venha a acarretar a não utilização do benefício contratado.*

*(Percentual de 50%) foi calculado a partir das informações das NTRPs (dados de custo e frequência de internações, excluídos os outliers pela metodologia Box-plot 1.0). Observou-se o custo anual por exposto de uma internação seria de R\$ 535,16. Sob o mesmo conceito de que “o beneficiário não pode arcar com a maior parte dos custos de sua assistência”, calculou-se a metade deste valor (R\$ 267,58), que foi comparado com a contraprestação pecuniária média da última faixa etária (R\$ 549,05). A relação entre os dois valores foi de 49% que, por*

---

<sup>18</sup> A discussão sobre o tema será oportunamente retomada nesta nota.

*arredondamento, de forma a facilitar a compreensão, resultou no percentual de 50% estabelecido.*

*(Não aplicação de limites para coberturas não previstas no rol) Considerando que os itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, não são de cobertura obrigatória, entende-se que a imposição de limitações poderia desestimular sua oferta por parte das operadoras. Desta forma optou-se por deixar a cargo dos envolvidos, a negociação de sua oferta e contratação, desde que as condições de utilização configurem claramente expressas em contrato e que não haja qualquer discriminação da suposta oferta entre os contratantes de um mesmo plano.*

*(utilização escalonada dos Fatores de Moderação) Entendeu-se que o escalonamento pode tornar o produto mais atrativo, bem como facilitar o entendimento do beneficiário sobre a incidência dos fatores moderadores.*

*(Sobre as vedações) A imposição da limitação (para o financiamento integral) foi baseada no conceito de que o beneficiário não pode arcar com a maior parte dos custos de sua assistência. Estipulando o limite de 50%.*

*(vedação pagamento do fator diretamente ao prestador) Tal posicionamento teve como fundamentação a possibilidade de o pagamento imediato ao prestador poder inibir a efetiva realização do procedimento ou mesmo retardá-lo. Ademais, considerando que o contrato do beneficiário é com a operadora, os pagamentos devidos devem ser a ela direcionados.*

*(exigência do fator moderador para autorização do procedimento) O pagamento do fator moderador não deve ficar vinculado a simples autorização para o procedimento, tendo em vista que a autorização não é garantia da efetiva realização do procedimento.*

*(exigência de fator moderador em consultas com generalistas, quando encaminhadas pela própria operadora, por outro mecanismo de regulação) A vedação proposta é na consulta com o médico generalista imposta pela operadora e não com o especialista que este vier a indicar. Entendemos que a consulta prévia com o médico generalista, quando imposta pela operadora, já é um mecanismo de regulação e por este motivo, agregado ao fato de não ser uma opção do beneficiário, não pode ser alvo de cobrança de fator moderador. Quando o plano não prever esta consulta imposta pela operadora, a cobrança de fator moderador poderá seguir seu curso normal, conforme previsão contratual.*

*(vedação para procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva)*

*Entende-se que a realização de tais procedimentos é condicionada à necessidade completamente alheia à vontade do beneficiário, por este motivo não deve ser alvo de fatores moderadores, tendo em vista que o foco deste mecanismo de regulação é justamente afastar o uso indiscriminado e por vezes desnecessário, mediante a participação do beneficiário nos custos que o mesmo produzir.*

*(vedação a previsão de fator moderador diferenciado por prestador) A exigência de um valor único por procedimento ou grupo de procedimento visa facilitar o entendimento do beneficiário, bem como evitar um possível “direcionamento por custo/prestador” confundindo-se com outro tipo de mecanismo de regulação. Porém, o grupo entendeu que é possível a isenção do fator moderador em determinados prestadores.*

*(vedação de fator moderador específico para OPME) Os fatores moderadores devem ser vinculados aos procedimentos. Em caso de utilização de OPME, o fator moderador incidente deve ser aquele do procedimento a ser realizado, não havendo vinculação com o material utilizado. Assim sendo, deverá ser observado o limite definido em contrato para este evento, seja decorrente de internação ou procedimentos ambulatoriais.*

*(vedação a previsão de fator moderador em procedimentos decorrentes de programas de promo-prev) A premiação, bem como o não desembolso adicional nos programas de PROMOPREV já são previstos em normativo específico. O Normativo de Mecanismos de Regulação cuidará apenas de vedar a cobrança de fator moderador quando o procedimento a ser realizado for decorrente de programa, visando estimular o ingresso do beneficiário no programa.*

*(Sobre reajustes) Seguindo a lógica do controle dos reajustes em planos individuais ou familiares, a atualização dos fatores moderadores deve seguir a mesma limitação.*

*As regras de reajuste foram pensadas de forma a manter a particularidade hoje existente em cada tipo de contratação e ao mesmo tempo garantir que os fatores moderadores não sofram reajustes que desconfigurem o contrato ou que fujam as limitações impostas no normativo.*

*Quando da previsão de novo procedimento no Rol de Procedimentos da ANS) I – Se o novo procedimento pertencer a um grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum fator moderador, o novo procedimento receberá o mesmo fator moderador de seu grupo; II – se o novo procedimento não pertencer a nenhum grupo predefinido para o qual já tenha sido estabelecido algum*

*fator moderador ou se o plano estabelecer fatores moderadores individualmente para cada procedimento, caberá à operadora definir se haverá fator moderador para o novo procedimento e qual será este fator, observadas as regras dispostas na presente resolução.*

76. Para uma melhor visualização da proposta final surgida no âmbito da Câmara Técnica e do processo nº 33902.527905/2012-60 apresenta-se a tabela abaixo com alguns tópicos importantes a serem analisados:

	<b>Proposta CT 2013</b>
<b>Percentual máximo de Coparticipação</b>	50%
<b>Coparticipação Internação</b>	50%, conforme análise de informações das NTRPs
<b>Coparticipação Terapias para doenças Crônicas</b>	Vedada a coparticipação em Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva
<b>Existência de isenções</b>	Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva; possibilidade de isenções em prestadores específicos; para médicos generalistas cujo encaminhamento tenha sido feito pela própria operadora
<b>Limite de exposição Financeira</b>	50% da contraprestação da última faixa etária, na data de contratação do plano.
<b>Reajuste nas tabelas</b>	Limitados ao valor do reajuste anual aplicado
<b>Possibilidade de custeio integral de procedimento</b>	Não

#### II.3.4– PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33902.270680/2015-15

77. Através da Portaria da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, nº 02, de 29 de abril de 2015, foi instituído o Grupo de Trabalho – GT com o objetivo de elaborar proposta de revisão de norma sobre mecanismos de regulação “buscando garantir o acesso dos consumidores aos serviços de saúde contratados e sua qualidade assistencial, e rever conceitos abrangendo as atuais práticas do setor de saúde suplementar de forma compatível com os normativos vigentes”.

78. Por meio da Nota 181/2016/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS contextualizou-se o trabalho do GT, remetendo às discussões anteriores sobre o tema, apresentando como problemas a “presença de dilema entre o uso Mecanismo de Regulação que desincentive o Risco Moral, estimulando o uso consciente e a redução de acesso de serviços de saúde necessários a assistência à saúde” e a “Presença de lacunas regulatórias no Normativo vigente que trata do uso de Mecanismos de Regulação”.

79. O GT retomou a discussão sobre a amplitude do conceito de cobertura integral trazido pela Lei para afastar a possibilidade de adoção de modelo de franquia do mercado securitário no mercado de saúde suplementar.

*É vedada pela Lei 9656, de 1998, a comercialização de um produto com a adoção de 'Franquia' nos termos do mercado securitário, no qual a operadora só arcaria com custos dos procedimentos a partir do pagamento de um determinado valor pelo beneficiário, o que levaria à restrição de utilização de serviços de saúde, bem como à possibilidade de o beneficiário arcar integralmente com os custos de um determinado procedimento, contradizendo o que dispõe o inciso I, do Art. 1º, da Lei 9.656, de 1998.*

80. Acerca dos Mecanismos Financeiros de Regulação a Nota inicia estabelecendo conceito comum aos Mecanismos da Franquia e da Coparticipação, ou seja, trata-os como sinônimos com a alegação de que essa confusão conceitual já estava absorvida pelo mercado.

81. Como proposta o grupo sugeriu a manutenção das vedações já previstas na Resolução CONSU nº 08/98 que tratam da vedação do estabelecimento de mecanismo que caracterize o financiamento integral do procedimento por parte do usuário, fator restritivo severo ao acesso do serviço e estabelecimento de fator moderador em forma de percentual, além da vedação da exigência de pagamento no ato da autorização do procedimento; estabelecimento de fatores de moderação diferenciados por usuários, faixas etárias, grau de parentesco e enfermidades dentro de um mesmo plano; estabelecimento diferenciado do valor da participação financeira do beneficiário por prestadores, excepcionando-se em caso de porta de entrada, direcionamento de rede e rede própria da operadora e estabelecimento de participação financeira diferenciada por procedimentos, conjunto de procedimentos e/ou enfermidades em internações hospitalares, bem como em procedimentos ambulatoriais, referentes especificamente a utilização de OPME e medicamentos.

82. Apresenta, ainda, proposta de estabelecimento de tipos de planos coparticipativos com faixas que variariam entre 0-20%; 20-30% e 30-40% sobre o valor do procedimento, como limite para incidência do fator moderador.

83. Fundamentou-se o estabelecimento de “tipologias” na maior comparabilidade entre os produtos, favorecendo a análise dos beneficiários tendo como inspiração o mercado norte americano:

*Embora nos Estados Unidos os mecanismos de 'franquia' e 'coparticipação' sejam utilizados de uma forma muito mais generalizada, tendo a franquia nos moldes do mercado de seguro, o mercado americano tem a peculiaridade de dividir os planos de saúde do ponto de vista de coparticipação em quatro grupos, com valores máximos por grupo, o que confere uma uniformidade aos tipos de planos que podem ser comercializados. Entre os quatro grupos, pelo menos dois devem ser obrigatoriamente comercializados pelas operadoras em cada área de comercialização e o valor máximo de coparticipação é de 40%.*



84. Adota como requisitos, entre outros, a obrigatoriedade do pagamento direto à operadora, após a realização do procedimento; possibilidade de estabelecimento de percentuais diferentes por procedimentos ou grupos, desde que respeitados os limites da tipologia específica; coparticipação em internações deveria se dar com valor pré-fixado, previsto em contrato; a participação financeira máxima do beneficiário estaria limitada a duas vezes o valor de sua contraprestação pecuniária, sendo o 'fator restritor severo' aferido por este limite, que se relacionaria a capacidade de pagamento do beneficiário.

85. Em relação a vedações do estabelecimento de participação financeira dos beneficiários em procedimentos específicos a proposta elenca a hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva, com os limites previstos para implantação dos fatores moderadores, além de programas de Promo-Prev; alguns procedimentos de caráter preventivo e procedimentos e eventos voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.

86. Por fim apresenta como proposta de regramento de reajuste regras análogas às existentes para definição dos reajustes de planos individuais e coletivos, com a adoção do índice ANS para a primeira hipótese e livre negociação para a segunda hipótese.

87. Embora a nota mencione a realização de 10 reuniões o processo traz apenas uma ata de reunião ocorrida em 19/05/2015 e lista de presença das demais. Traz, ainda, uma apresentação em power point datada de novembro de 2015.

88. Por fim juntou-se ao processo o Relatório Inicial de AIR que não inova em relação a nota já comentada incorporando alguns tópicos próprios da AIR como a análise de cenários, a saber: Cenário 1: Regulamentação atual; Cenário 2: Nova regulamentação com limites financeiros estabelecidos por faixas; Cenário 3: Nova regulamentação com limite financeiro máximo sem definir faixa, tendo a alternativa 2 alcançado os melhores resultados quando da aplicação da ferramenta de análise de impacto regulatório.

89. Para uma melhor visualização da proposta final surgida no âmbito do Grupo de Trabalho, no processo nº 33902.270680/2015-15 apresenta-se a tabela abaixo com alguns tópicos importantes a serem analisados:

	<b>Proposta GT 2015</b>
<b>Percentual máximo de Coparticipação</b>	Tipos: até 20%, entre 20 e 30% e entre 30 e 40%
<b>Coparticipação Internação</b>	Em valor fixo
<b>Coparticipação Terapias para doenças Crônicas</b>	Vedada a coparticipação em Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva
<b>Existência de isenções</b>	Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva; possibilidade de isenções em prestadores específicos; programas de Promo-Prev; alguns procedimentos preventivos e saúde ocupacional na forma da legislação trabalhista
<b>Limite de exposição Financeira</b>	2X o valor da contraprestação do beneficiário.
<b>Reajuste nas tabelas</b>	Limitados ao valor do reajuste anual aplicado ou negociado entre as partes

**Possibilidade de custeio integral de procedimento** Não

### II.3.5 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33910.000554/2017-50

90. Foi criado, em 2016, o GT Interáreas para tratar de dois assuntos específicos, a Venda Remota de Planos de Saúde (Venda Online) que resultou na edição da RN 413/16 e Mecanismos Financeiros de Regulação.

91. O grupo técnico que discutiu a proposta se reuniu a primeira vez em 14/7 tendo realizado 5 (cinco) reuniões no total com a participação de cerca de 100 entidades, empresas e organizações estiveram presentes nas reuniões, com contribuições recebidas de cerca de 20, devidamente juntadas ao processo, além das apresentações realizadas durante as reuniões, uma vez que foi aberto espaço para que qualquer participante contribuísse com suas experiências e trabalhos a respeito do tema.

92. Foram realizadas reuniões em 14/07/16, 05/09/2016 no GT Interáreas e 31/10/2016, 22/11/2016 e 14/02/2017 no GT de Coparticipação e Franquia.

93. Em 14/07/16 as apresentações consistiram em:

- Carla de Figueiredo Soares, Diretora-Adjunta da DIPRO, apresentou um panorama sobre os mecanismos financeiros de regulação de uso de serviços na saúde suplementar, o que incluiu a justificativa de atuação regulatória, um diagnóstico situacional e a identificação dos problemas e de lacunas/falhas regulatórias, conforme destacado a seguir.
  - Presença de dilema entre o uso Mecanismo de Regulação que desincentive o Risco Moral, estimulando o uso consciente e a redução de acesso de serviços de saúde necessários a assistência à saúde.
  - Presença de lacunas regulatórias no Normativo vigente que trata do uso de Mecanismo de Regulação.
  - Franquia raramente é usada nos Planos Médico Hospitalares
  - Não estabelece regras claras para cobrança de fator moderador em internação;
  - Não estabelece limites para a cobrança de fator moderador para consultas, exames, terapias e internações;
  - Não define o que é Fator Restritor Severo.

E uma lista de pilares que deveriam embasar a nova regra:

- Clareza Contratual;
- Definição clara de limites e modelagem contratual da franquia e co-participação;
- Delimitação da incidência dos Fatores Moderadores.

Os objetivos da norma seriam:

- Estabelecer os requisitos para a utilização de mecanismos de regulação, entre eles:
  - Coparticipação;
  - Franquia;
  - Dos eventos a que se aplicam;

- Limites máximos.
    - Estabelecer o conceito, critérios e os limites máximos;
    - Definir as vedações (abordar a Súmula 7);
    - Definir as regras para a divulgação dos mecanismos de regulação do plano privado de assistência à saúde (Artigo 16 da Lei, Informação e Transparência);
    - Estabelecer regras para o reajuste dos Mecanismos de Regulação Financeiros.
  - Frederico Villela Frederico Villela, Gerente-Geral da DIFIS, apresentou os conceitos de coparticipação e franquia com os quais a fiscalização da ANS trabalha atualmente e o arcabouço legal e normativo do tema em questão.
  - César Lopes, consultor da Towers Watson Brasil, apresentou um panorama sobre a cobertura da assistência médica da saúde suplementar brasileira. Também apontou dados sobre coparticipação, franquia e outros fatores moderadores, principalmente em planos coletivos empresariais no Brasil e nos EUA.
  - Solange Beatriz, Presidente da FenaSaúde, discursou sobre o cenário da crise econômica atual e a necessidade de medidas de sobrevivência. Segundo ela, “aquele que usa o sistema precisa fazer parte da lógica do pagamento”, ou seja, o beneficiário precisa ser estimulado a zelar pelo controle desse benefício. Também defendeu a liberdade contratual, possibilitando que quem contrata um plano de saúde, seja o empregador, seja o próprio beneficiário, é que deve definir se o valor de franquia ou o percentual de coparticipação é adequado ou não.
  - José Antônio, do Instituto Brasileiro de Atuária, encerrou as apresentações apresentando um panorama sobre a coparticipação no Brasil e as consequências desse instrumento. Afirmou que é um fator importante, mas que, se seu percentual for baixo demais, não consegue cumprir seu papel de moderador.
94. Em 05/09/2016 a operadora CAPESESP fez uma apresentação na qual analisa a frequência de uso dos planos com e sem coparticipação e ainda faz uma análise com base em dados de estudos internacionais.
95. Em 31/10/2016 a Diretora de Desenvolvimento Setorial fez sua apresentação expondo as contribuições até então recebidas pelo GT para o tema.
96. Em 22/11/2016 a Diretora de Desenvolvimento Setorial apresentou um primeiro esboço de minuta de Resolução Normativa para que os participantes pudessem colocar suas contribuições em cima de questões mais concretas.
97. A Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos apresentou estudo feito no âmbito da sua Diretoria em que analisa as Notas Técnicas de Registro dos Produtos, comparando os planos registrados com e sem coparticipação na ANS.
98. Representante da FenaSaúde apresentou, por fim, estudo sobre os impactos da utilização de Mecanismos Financeiros conforme literatura existente.
99. Em 14/02/2017 a Diretora de Desenvolvimento Setorial apresentou minuta já com a análise das contribuições feitas pelos participantes do GT.
100. A minuta apresentada seguiu para Audiência Pública, realizada em 20/03/2017 e posterior Consulta Pública, realizada entre 31/03/2017 e 02/05/2017, para que fosse garantida a participação social plena no processo normativo. Adicionalmente, abriu-se nova pesquisa, ocorrida entre 11/10/2017 e 09/11/2017 para submissão à sociedade e

obtenção de novas contribuições, acerca do documento produzido no âmbito do GT. A análise da consulta e pesquisa encontram-se como anexo deste documento.

101. Como premissas para o normativo proposto a DIDES adotou a necessidade de se possibilitar uma maior variedade de produtos a serem disponibilizados no mercado, atendendo, desta forma, perfis diferentes de consumidores.

102. Adotou, ainda, premissa de garantia da transparência em todo processo, desde o momento da venda até o momento pós utilização, com a previsão da criação de simuladores e obrigações referentes a prestação de informações no PIN-SS, previsto pela Resolução Normativa RN 389/15.

103. No curso das discussões a DIDES sugeriu a revisão do entendimento exarado pela PROGE acerca da amplitude do conceito de “cobertura integral”, permitindo a adoção de mecanismos de franquia em hipóteses distintas das atualmente adotadas, como em utilização similar àquela utilizada pelo mercado de seguros, bem como com a previsão de franquia acumulada, que se assemelhava aos planos High Deductibles do sistema Norte-Americano.

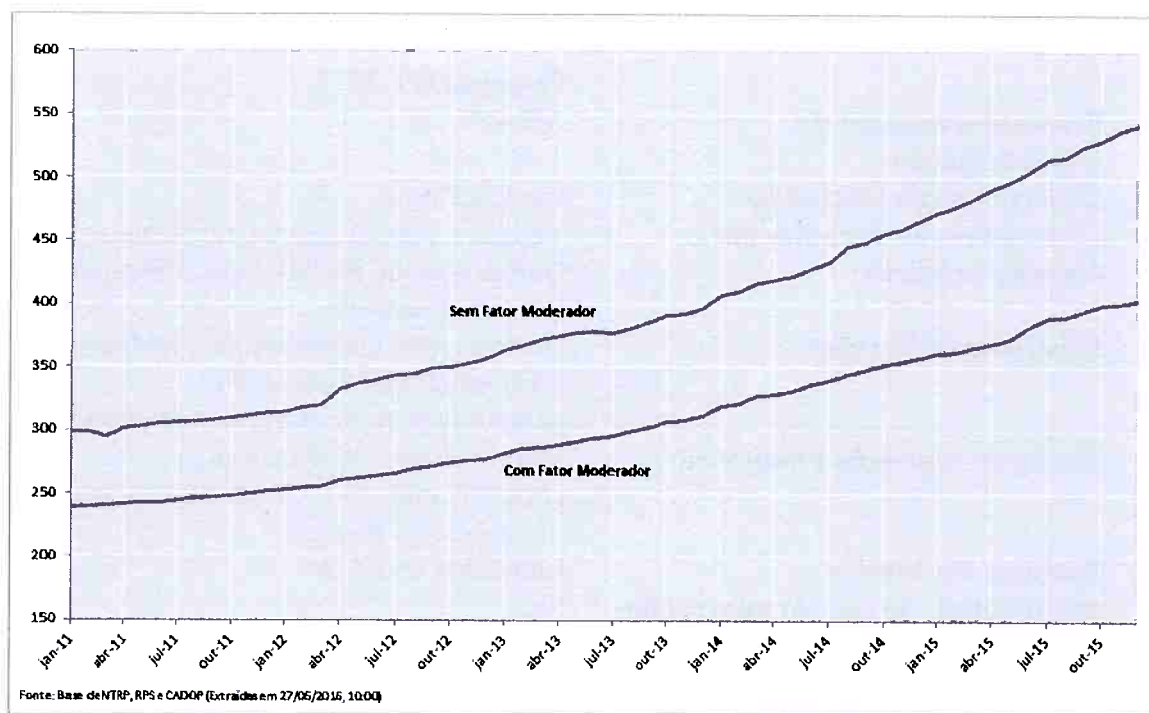
104. Paralelamente ao percentual e forma de incidência da coparticipação estes foram os tópicos mais questionados do processo de audiência e consulta pública, gerando numerosas contribuições, sobretudo indicação de artigos para consideração da área técnica.

105. Acerca dos aspectos incorporados pela proposta passa-se a enumerar nos tópicos abaixo:

- Sobre a necessidade de se suspender a comercialização dos planos registrados sob a égide da Resolução CONSU 08/98 houve pedidos de órgãos ligados aos consumidores nesse sentido, contudo, após manifestações das operadoras e, especialmente da DIPRO, acerca dos impactos de tal medida, a questão precisou ser revista, sendo necessária uma definição a respeito;
- Sobre a natureza dos mecanismos financeiros, originalmente havia previsão de os mesmos serem utilizados como mitigadores do risco moral, contudo, devido a forte resistência manifestada nos momentos de participação da sociedade a questão voltou para análise, precisando de definição;
- Sobre a forma de incidência e limites para previsão/utilização dos mecanismos foi estabelecido um percentual de 40% com base nos estudos anteriores realizados pela ANS, bem como na premissa de que coparticipações e franquias que exigissem grande desembolso dos beneficiários teria o condão de inibir a utilização necessária do plano de saúde. Devido aos questionamentos postos o tema voltou para análise e precisa de uma definição;
- Sobre o conceito de franquia e cobertura integral a DIDES alterou o entendimento até então vigente e que se encontra positivado na redação da CONSU 08/98, uma vez que o mesmo inibiria a utilização da franquia como mecanismo de regulação, além de ser considerado tecnicamente incorreto. Tal ponto gerou muitas manifestações negativas, gerando a necessidade de aprofundamento na defesa do ponto proposto;
- Sobre a previsão de transparência e necessidade de disponibilização de simuladores, em que pese a intenção de reforçar a transparência no momento da aquisição/utilização e pagamento dos planos com fator moderador, as dificuldades de operacionalização e elaboração de ferramentas de comparação que

efetivamente ajudariam os beneficiários na escolha apontam para a revisão desta proposta;

- A DIDES, na condução dos trabalhos do GT, chegou ao entendimento de que mais importante que eventuais limites percentuais de incidência de coparticipação e franquia, seria o estabelecimento de limite de exposição financeira do beneficiário, sendo este o valor máximo que o beneficiário poderia vir a ter que arcar mensal e anualmente com seu plano de saúde.
- Trabalhou, ainda, com um rol mais extenso de isenções com fins a mitigar os efeitos nocivos que a imposição de mecanismos financeiros de regulação poderiam gerar com o desincentivo da utilização necessária do plano de saúde pelos beneficiários. O rol apresentado recebeu críticas por parte de consumidores, que entenderam se tratar de rol reduzido e de operadoras que entenderam se tratar de rol extenso que eliminaria toda eventual economia gerada pela coparticipação/franquia.
- Para estabelecer o limite de exposição financeira tomou-se por base as informações do painel de precificação dos produtos<sup>19</sup>, que informa a existência de uma diferença de cerca de 25% nos preços de produtos com e sem coparticipação (figura 5), bem como uma utilização simulada de procedimentos, com base nos preços médios informados através do D-TISS. Ao final de todo o processo sugeriu-se um limite de 50% de acréscimo mensal, e 40% anual, considerando a soma de 12 meses. A tabela abaixo demonstra a evolução dos preços de planos conforme a presença ou não de fatores de moderação.



**FIGURA 9**

- 50% representa algo próximo ao dobro da vantagem que o beneficiário tem quando da não utilização do plano, sendo certo que planos coparticipativos se adequam a um perfil de consumidor com baixa sinistralidade e, portanto,

<sup>19</sup> [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Foco/painel\\_precificacao2016.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/painel_precificacao2016.pdf)

tendentes a utilizar menos o plano de saúde. Esse parâmetro, no entanto, também demanda revisão, tendo em vista não ser possível afirmar que a diferença no preços dos planos permanecerá a mesma de antes da vigência da nova norma, ademais, se entendeu que a imposição deste limite, bem inferior ao que vinha sendo proposto pela ANS desde a primeira discussão do tema geraria um impacto negativo para o beneficiário, que arcaria com valores maiores de mensalidade para compensar esses limites mais baixos.

- Em relação aos reajustes a proposta entendeu adequado o enfoque nos reajustes pagos aos prestadores de serviço, pelo que apresentou como proposta um reajuste baseado naquele concedido aos prestadores de serviço. Em razão da argumentação de que seria muito difícil fiscalizar tal obrigação, faz-se necessário uma retomada desse ponto de discussão.
- Outros pontos que geraram muitos debates diziam respeito à possibilidade de custeio integral de procedimentos em substituição a imposição de CPT, bem como cobrança de valores referentes a incidência dos mecanismos financeiros quando da ausência injustificada do beneficiário em procedimentos marcados. Nesse ponto sugere-se não prosseguir com as propostas feitas.
- Por fim, merece discussão a hipótese de incidência do mecanismo de regulação nos atendimentos realizados em pronto-socorro, uma vez que se verifica a existência de uma prática não desejável de busca primária de atendimento em estabelecimentos de alta complexidade.

106. Sendo estes os principais tópicos da proposta, apresenta-se o quadro abaixo para uma melhor visualização da mesma:

	<b>Proposta GT 2017</b>
<b>Percentual máximo de Coparticipação</b>	Até 40%
<b>Coparticipação Internação</b>	Em valor fixo
<b>Coparticipação Terapias para doenças Crônicas</b>	Vedada a coparticipação em Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva
<b>Existência de isenções</b>	Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva;
<b>Limite de exposição Financeira</b>	procedimentos preventivos e de pré-natal Mensalidade + 50% mensal e, concomitante, 40% em relação a soma das mensalidades do ano.
<b>Reajuste nas tabelas</b>	Limitados ao IPCA
<b>Possibilidade de custeio integral de procedimento</b>	Sim

107. Durante todo o período de existência do GT, diversos artigos e referências bibliográficas foram encaminhados para a área técnica e encontram-se abaixo listados, bem como juntados ao processo eletrônico aberto:

- Artigo Científico 01 – Andersen, Ronald M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? (Doc SEI nº 4887235);

- Artigo Científico 02 – Andersen, Ronald e Newman John F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States (Doc SEI nº 4887278);
- Artigo Científico 03 – Brook, Robert H. et. Al. The Health Insurance Experiment A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate (Doc SEI nº 4887300);
- Artigo Científico 04 – Brot-Goldberg, Z. C. et. Al. What does a deductible do? the impact of cost-sharing on health care prices, quantities, and spending dynamics (Doc SEI nº 4887318);
- Artigo Científico 05 – Cherkin, Daniel C. et. Al. The Effect of Office Visit Copayments on Utilization in a Health Maintenance Organization (Doc SEI nº 4887321);
- Artigo Científico 06 – Choudhry, Niteesh K. et. Al. The Impact of Reducing Cardiovascular Medication Copayments on Health Spending and Resource Utilization. (Doc SEI nº 4887325);
- Artigo Científico 07 – Cutler, David M e Zeckhauser, Richard J. The Anatomy of Health Insurance (Doc SEI nº 4887357);
- Artigo Científico 08 – Després, Caroline. Giving Up on Health-care for Economic Reasons: an Econometric Approach (Doc SEI nº 4887376);
- Artigo Científico 09 – Docteur, Elizabeth e Oxley, Howard. Health-care Systems: Lessons From the Reform Experience (Doc SEI nº 4887383);
- Artigo Científico 10 – Durand-Zaleski, Isabelle. The Health System in France (Doc SEI nº 4887409);
- Artigo Científico 11 – Ehrlich, Isaac e Becker, Gary S. Market Insurance, Self-insurance, and Self-protection (Doc SEI nº 4887430);
- Artigo Científico 12 – Frostin, Paul e Roebuck, Christopher. Health-care Spending After Adopting a Full-Replacement, High-deductible Health Plan With a Health Saving Account: A Five-year Study (Doc SEI nº 4887453);
- Artigo Científico 13 – Gouveia, MTCS. A teia do direito à saúde: entre o posto e o disposto. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social – 2016 (Doc SEI nº 4887462);
- Artigo Científico 14 – Hofmarcher, Maria M. The Austrian Health Reform 2013 is Promising Requires Continuous Political Ambition (Doc SEI nº 4887463);
- Artigo Científico 15 – Holst Jens et. Al. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos (Doc SEI nº 4887469);
- Artigo Científico 16 – Hulka, Barbara S. e Wheat, John R. Patterns of Utilization: The Patient Perspective (Doc SEI nº 4887486);
- Artigo Científico 17 – Khatami, Shabnam, et. Al. Modestly Increased Use of Colonoscopy When Copayment are Waived (Doc SEI nº 4887496);
- Artigo Científico 18 – Kiil A, Houlberg K. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical Evidence from 1990 to 2011 (Documento não disponibilizado pelo

cidadão e não encontrado em busca livre com a utilização do sistema de buscas google com o parâmetro de buscas “How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical Evidence from 1990 to 2011”);

- Artigo Científico 19 – Kullgren, Jeffrey T. Are the Health Behaviours os US High-deductible Health Plan Enrollees Driven by People Who Chose These Plans? Smoking as a Case Study (Doc SEI nº 4887507);
- Artigo Científico 20 – Magrid, David J. et. Al. Absence of Association Between Insurance Copayments and Delays in Seeking Emergency Care Among Patients With Myocardial Infarction (Doc SEI nº 4887528);
- Artigo Científico 21 – O’Grady Kevin F. et. Al. The Impact of Cost Sharing on Emergency Department Use (Doc SEI nº 4887539);
- Artigo Científico 22 – Organização Mundial da Saúde. *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde* (Doc SEI nº 4887554);
- Artigo Científico 23 – Policy Statement da American Academy of Pediatrics – High-deductible Health-plans (Doc SEI nº 4887556);
- Artigo Científico 24 – Pollitz Karen and Cox, Cynthia. Medical Debt Among People With Health Insurance. (Doc SEI nº 4887612);
- Artigo Científico 25 – Sanger-Katz, Margot. The Big Probelm With High Health-care Deductibles in [https://www.nytimes.com/2016/02/07/upshot/the-big-problem-with-high-health-care-deductibles.html?\\_r=0](https://www.nytimes.com/2016/02/07/upshot/the-big-problem-with-high-health-care-deductibles.html?_r=0). (acessado em 03/11/2017);
- Artigo Científico 26 – Schmittdiel, Julie A. et. Al. Health-care System – Level Factors Associated With Performance on Medicare STAR Adherence Metrics in a Large, Integrated Delivery System (Doc SEI nº 4887643);
- Artigo Científico 27 – Schoen, Cathy et. Al. Insured But Not Protected: How Many Adults Are Underinsured? (Doc SEI nº 4887652);
- Artigo Científico 28 – Selby, Joe V. et. al. Effect of a Copayment on Use of the Emergency Department in a Health Maintenance Organization (Doc SEI nº 4887690);
- Artigo Científico 29 – Siddiqui, Mona et. Al. The Effect of Emergency Department Copayments for Medicaid Beneficiaries Following the Deficit Reduction Act of 2005 (Doc SEI nº 4887694);
- Artigo Científico 30 – Sinnott, Sara-Jo et. Al. Is 50 Cent the Price of the Optimal Copayment? – A Qualitative Study of Patient Opinions and Attitudes in Response to a 50 Cent Charge on Prescription Drugs in a Publicly Funded Health System in Ireland (Doc SEI nº 4887703);
- Artigo Científico 31 – Sinnott, Sarah-Jo et. Al. The Effect of Copayments For Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations: A Systematic Review and Meta-analysis (Doc SEI nº 4887775);
- Artigo Científico 32 – Sinsky, Christine A. The Impact of Expressions of Treatment Efficacy and Out-of-pocket Expenses on Patient and Physician Interest



in Osteoporosis Treatment: Implications for Pay-for-performance Programs (Doc SEI nº 4887800);

- Artigo Científico 33 – Solanki, Geetesh et. Al. The Direct and Indirect Effects of Cost-Sharing on the Use of Preventive Services (Doc SEI nº 4887819);
- Artigo Científico 34 – Stancioli A E. Incentivos e Risco Moral nos planos de Saúde no Brasil (Doc SEI nº 4887830);
- Artigo Científico 35 – TEIXEIRA, A. Mercado e imperfeições do mercado: o caso da assistência suplementar. (Documento não disponibilizado pelo cidadão e não localizado em busca na Biblioteca Online da ANS);
- Artigo Científico 36 – White, Chapin. A Comparison os Two Approaches to Increasing Access to Care: Expending Coverage Versus Increasing Physician Fees in Health Services Research (Doc SEI nº 4887844);
- Artigo Científico 37 – Wong, Mitchell D. et. Al. Effect of Cost Sharing on Care Seeking and Health Status: Results From the Medical Outcome Study (Doc SEI nº 4887851);
- Artigo Científico 38 – Wong, Yo-Ning et. Al. Understanding How Out-of-pocket Expenses, treatment value and Patient Characteristics Influence Treatment Choices (Doc SEI nº 4887855);
- Artigo Científico 39 – <http://www.nhcsl.org/103/resolution/addressing-excessive-out-of-pocket-costs-for-patients> (acessado em 03/11/2017);
- Artigo Científico 40 – Health Insurance in the Netherlands (Doc SEI nº 4887857).

### **III – DOS PROBLEMAS:**

108. Neste capítulo busca-se apontar os principais problemas identificados no curso das discussões realizadas e que deverão ser aprofundadas em tópicos específicos, o público atingido pelos problemas apontados e eventuais medidas a serem adotadas, bem como os objetivos que a ANS deve buscar ao tratar do tema. Sinteticamente são análises que deverão ser feitas para que se aponte o caminho a ser seguido pela proposta a ser apresentada.

109. As discussões havidas na ANS apontaram para a existência de diversos problemas que deverão ser abordados por qualquer proposta que vise regular de forma mais eficiente o tema dos Mecanismos Financeiros de Regulação.

110. A norma atual cumpriu um importante papel no período em que o marco legal estava em elaboração, tendo surgido alguns meses após a edição da Lei 9.656/98. Naquele cenário compreende-se que alguns conceitos e parâmetros não estivessem rigidamente definidos no normativo, uma vez que a regulação setorial ainda era bastante incipiente.

111. Com o passar dos anos e o amadurecimento do setor, no entanto, as lacunas existentes passaram a gerar algumas dúvidas e problemas em um contexto regulatório e de mercado, o que ensejou uma série de discussões entre a ANS e o setor e internamente na ANS para sua alteração.

112. Os principais problemas verificados, bem como aqueles que demandam maior cuidado por parte da Agência Reguladora estão elencados abaixo.

#### **III.1 – DOS TÓPICOS MAIS RELEVANTES:**

##### **III.1.1 – NATUREZA JURÍDICA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:**

113. Da leitura do relatório descritivo das discussões sobre o tema já ocorridas no âmbito da ANS é possível apontar alguns problemas identificados de forma coincidente por diversos grupos que trataram do tema.

114. Desde o primeiro grupo que discutiu os Mecanismos Financeiros de Regulação, e que gerou a Consulta Pública nº 24/06, estes vem sendo tratados pela ANS como instrumentos para mitigação da incidência do risco moral.

115. Embora haja alguma resistência com relação à possibilidade de haver risco moral quando está se tratando da saúde do indivíduo, tal possibilidade é reconhecida pela literatura e pela própria doutrina econômica, o que não pode ser desconsiderado.

116. A Lei 9.656/98 trata-os como Fatores de Moderação de Uso, pelo que se buscará demonstrar em que medida estes poderão ou não ser tratados como mecanismos utilizados para o mero cofinanciamento e a existência ou não de um limitador, cujo parâmetro poderá ser eventual reconhecimento da existência de um risco moral mensurado ou mensurável.

### III.1.2 – CONCEITOS PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO:

117. Os conceitos para franquia e coparticipação no mercado da saúde suplementar não possuem relação direta com os conceitos consagrados no mercado de seguros privados. A Superintendência de Seguros Privados - SUSEP sequer trata do conceito de coparticipação, uma vez que é um instituto característico do sistema suplementar de saúde e define a franquia no Guia de Orientação e Defesa do Consumidor, editado pela SUSEP<sup>20</sup> como *“o valor ou percentual, expresso na apólice, que representa a parte do prejuízo que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado.”*

118. São previstos dois tipos de franquia abaixo conceituados:

- **Franquia Simples** - Pela cláusula de franquia simples, os sinistros, até determinado valor preestabelecido, são suportados integralmente pelo segurado. Porém, aqueles que excederem o limite contratual serão indenizados pelo seu valor total, sem qualquer participação do segurado.
- **Franquia Dedutível** - É aquela cujo valor sempre é deduzido dos prejuízos. Esse tipo de franquia é mais utilizado. A contratação do sistema de franquia dedutível resulta, naturalmente, em redução de prêmio, pois os sinistros a cargo do segurador diminuem já que o segurado participa obrigatoriamente dos prejuízos.

119. No mercado de saúde suplementar, o conceito de franquia advém do conceito de “excess” ou “deductible”, amplamente utilizados no mercado norte-americano<sup>21</sup>, bem como em outros sistemas de saúde no mundo, como o holandês<sup>22</sup> e suíço<sup>23</sup>. As duas formas de incidência consistem em: o beneficiário custeia o valor de um procedimento até que se alcance um valor X, a partir do qual a seguradora/Estado arcará com todas as despesas, ou, o beneficiário custeia todas as despesas acumuladas até se atingir um valor Y, a partir do qual a seguradora assume o custeio integral ou compartilhado da assistência.

120. O problema advindo da conceituação de franquia passa pela discussão iniciada dentro da ANS na Câmara Técnica iniciada em 2012 e que gerou processo de consulta para a Procuradoria da ANS.

121. Para implementação efetiva de um mecanismo de franquia, nos moldes do mecanismo previsto no mercado segurador ou mesmo em mercados de saúde suplementar estrangeiros, será necessário rever o entendimento dado no curso do Processo Administrativo nº 33902.527905/2012-60, pelo qual a Lei 9.656/98 vedaria a possibilidade de qualquer procedimento vir a ser integralmente custeado pelo beneficiário.

122. Paralelamente, haveria a possibilidade de se estabelecer um conceito de franquia exclusivo e restritivo para a saúde suplementar brasileira. Essa opção já foi sugerida pela Câmara Técnica de 2013, quando se propôs a franquia como um mecanismo análogo ao de coparticipação, diferindo-os ao estabelecer que esta deveria ser prevista em moeda corrente ao invés de percentual.

<sup>20</sup> Disponível em [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)

<sup>21</sup> <https://www.healthcare.gov/glossary/deductible/>

<sup>22</sup> Vide Artigo 40 – Health Insurance in Netherlands

<sup>23</sup> Explicação geral sobre seguros de saúde na suíça em <http://www.swisshealth.ch/en/ueber-die-schweiz/gesundheitswesen.php>

123. Posição extrema, no entanto, foi adotada pelo último Grupo de Trabalho de 2015, que discutiu o tema dentro da ANS, cuja proposta consistia em unificar os conceitos de coparticipação e franquia em um único, tratando-os como sinônimo, o que, na prática, acabaria com a franquia, uma vez que se entendeu que o conceito tradicional seria inaplicável ao mercado da saúde suplementar brasileiro.

124. Assim, será necessário definir se a norma poderá adotar um conceito consagrado de franquia ou se deverá trabalhar com um conceito único para a saúde suplementar, sendo certo que propostas de “ampliação” do escopo das franquias foram apresentadas tanto na Câmara Técnica quanto no atual GT e que a não adoção da franquia pelo mercado foi tratado como um problema a ser enfrentado pela nova norma.

### III.1.3 – COMO E QUANDO INCIDIRÁ A FRANQUIA/COPARTICIPAÇÃO:

125. Foram aventadas algumas possibilidades de incidência dos valores de coparticipação e franquia. No âmbito da ANS, já foi admitida a possibilidade de utilização de tabelas de referência sobre a qual se aplicariam os percentuais, bem como já se previu a obrigatoriedade desse percentual incidir sobre o valor real do procedimento pago ao prestador.

126. Alternativamente, discutiu-se a possibilidade de coparticipação em valor monetário fixo, o que também gera confusão com conceito de franquia já adotado dentro da ANS.

127. A proposta apresentada em 2017, no curso deste Processo Administrativo, previu a possibilidade de cobranças em valores fixos, percentual incidente sobre tabela de referência e percentual incidente sobre o valor real, sendo certo que para todas as opções existem argumentos a favor e contrários, que serão oportunamente abordados.

### III.1.4 – LIMITE PERCENTUAL/VALOR PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO:

128. A Resolução CONSU nº 08/1998 trazia conceitos genéricos para tratar de limites. Partia da premissa da impossibilidade de custeio integral do procedimento pelo beneficiário, além de trazer uma previsão sobre vedação a imposição de um “Fator Restritor Severo”, sem, no entanto, definir que fator seria esse.

129. Em 2005 a ANS editou Súmula Normativa nº 07 em que definia, ainda de forma vaga, que:

*A proposta de implementação pelas operadoras de mecanismos que estimulem o não uso, pelos beneficiários, das coberturas do plano de assistência à saúde contratado, por meio de desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra prática análoga, é vedada pelo inc. VII do art. 2º da Resolução Consu nº 8/98, por constituir-se fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados.*

130. Posteriormente foi emitida manifestação pela DIPRO<sup>24</sup> em que sugeriu a adoção de um parâmetro percentual para definição do que seria o “fator restritor severo”, tendo

---

<sup>24</sup> Despacho 611/2009/GGEOP/DIPRO/ANS

por base o maior percentual previsto em minuta que foi submetida a Consulta Pública no Processo nº 33902.140914/2005-11.

131. Assim, considerando todas as discussões já ocorridas, a ANS já propôs percentuais máximos não específicos, que dependiam de interpretações, edição de súmulas e entendimentos, passando pela previsão de limites escalonados, conforme tipo de procedimento, com 30% sendo o percentual máximo admitido; 50% de coparticipação para todo tipo de procedimento, e, mais recentemente, em duas oportunidades, delimitando em 40%, seja em forma de tipo predeterminado de plano, seja em percentual livre.

132. As definições dos percentuais adotaram metodologias diversas. Na ocasião da Consulta Pública nº 24, verificou-se uma busca por transferir para a norma uma razão de proporcionalidade com procedimentos mais caros tendo limite percentual menor para incidência de coparticipação. Não sendo possível, no entanto, estabelecer uma conexão entre os percentuais propostos.

133. Posteriormente, quando das discussões da Câmara Técnica a DIPRO apresentou metodologia que reconhecia no percentual de 50% um valor razoável a ser estabelecido, tendo como parâmetro o custo médio anual das internações por beneficiários, que estaria equivalente à metade do valor médio da última faixa etária dos planos de saúde.

134. Nas discussões posteriores, a ANS trabalhou com o percentual de 40% como limite máximo, baseada em experiências internacionais, como a do mercado norte-americano<sup>25</sup>, bem como em estudos que observaram que valores muito altos de coparticipação afetavam também a procura por serviços efetivamente necessários à saúde dos beneficiários:

135. Na falta de um parâmetro exato, utilizou-se de percentual já proposto, menor que 50%, para definir o limite máximo a ser admitido, considerando que 50% seria uma “alta coparticipação”<sup>26</sup>.

136. Neste tópico também deverá ser analisada a opção feita pelo GT 2015 para definição de tipologias de planos, baseadas no modelo norte-americano, uma vez que tal previsão traz o benefício de facilitar uma comparação entre os planos comercializados entretanto engessa o mercado com menos opções de produtos, o que reduz eventuais ganhos de eficiência.

### III.1.5 – EXISTÊNCIA DE UM TETO DE GASTOS COM A INCIDÊNCIA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:

137. Grande preocupação apontada diz respeito à ocorrência de gastos catastróficos que importariam em grande desembolso pelo beneficiário, podendo gerar inadimplimento e endividamento do mesmo.

138. Verifica-se que para mitigar tais riscos existem dois mecanismos possíveis, que podem ou não serem adotados de forma concomitante. O primeiro seria a previsão de um teto mensal ou anual de gastos que o beneficiário poderia vir a arcar além de suas

<sup>25</sup> Ver <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>

<sup>26</sup> Há que se ponderar, no entanto, que o conceito de High Deductible/Copayment amplamente adotado no mercado norte-americano diz respeito ao limite anual de gastos diretamente feitos pelos beneficiários (out-of-pocket), não tendo relação direta com o percentual máximo por procedimento.

contraprestações ordinárias e o segundo é a previsão de isenções para alguns tipos de tratamentos.

139. Com relação ao primeiro mecanismo, a leitura dos processos anteriores demonstra que o tema chama a atenção da ANS desde o início das discussões, com a discussão de limites em todos os grupos existentes.

140. Tal previsão transparece limitação importante da norma em vigor, que não traz qualquer limite expresso, em que pese seja possível apontar o limite dentro de um conceito de “fator restritor severo”, não o vinculando ao percentual de coparticipação dos planos de saúde.

141. A existência de um teto pressupõe a necessidade de realização de algumas discussões preliminares, como a definição de um parâmetro para seu apontamento, se o teto seria aplicado mensalmente, anualmente ou mensalmente e anualmente de forma simultânea, bem como se seria possível acumular valores de um mês para o outro, de forma que as operadoras não tivessem perdas e os beneficiários não fossem excessivamente onerados.

142. Nas discussões anteriores já se definiram diversos tetos, como duas vezes o valor da mensalidade do beneficiário<sup>27</sup>, metade do valor previsto para a última faixa etária, no momento da contratação<sup>28</sup> e, mais recentemente, um teto que levava em conta os gastos mensais e anuais. Ademais, pela primeira vez desde que o assunto entrou na pauta das discussões da ANS, admitiu-se a utilização de modelo de franquia nos moldes dos planos de High Deductibles existentes nos EUA, cujo valor limite previsto já seria em si mesmo um limite de exposição financeira<sup>29</sup>.

143. Atualmente o mercado trabalha com a possibilidade de se diluir cobranças de coparticipação, sem limites definidos pela norma, através do tempo, mecanismo este bastante utilizado pelas operadoras da modalidade de autogestão, sendo necessário discutir se tal prática deve ser aceita ou se deve haver uma maior regulação sobre a mesma.

144. Igualmente deve ser discutida se esta regra se trata de uma peculiaridade da modalidade ou se poderia/deveria ser estendida para as demais ou, simplesmente, vedada, uma vez que essa possibilidade já foi rechaçada no curso da Câmara Técnica de 2013, por se assemelhar a uma operação financeira que seria vedada pela Lei 9.656/98.

### III.1.6 – EXISTÊNCIA DE PROCEDIMENTOS ISENTOS:

145. Em que pese tenha havido grande objeção por parte de operadoras de planos de saúde em se estabelecer um rol de procedimentos isentos, a utilização dos mecanismos financeiros pelo mundo e a literatura recomendam tal prática.

146. Uma vez que se estabelece que os mesmos atuam em alguma medida como mitigadores da utilização desnecessária do plano de saúde, faz-se necessário prever meios e alternativas para que os procedimentos efetivamente necessários também não deixem de ser realizados.

---

<sup>27</sup> Processo Administrativo nº 33902.140914/2005-11 e 33902.270680/2015-15

<sup>28</sup> Processo Administrativo nº 33902.227509/2012-35

<sup>29</sup> Processo Administrativo nº 33910.000554/2017-50

147. A grande discussão neste tópico deve girar em torno de quais seriam os procedimentos isentos, se seria um rol taxativo, se apontaria para determinada condição clínica ou grupo de indivíduos mais vulneráveis.

148. Embora a minuta submetida a Consulta Pública nº 24 não trouxesse nenhum tipo de isenção, após o seu término, é possível constatar a inclusão de isenções específicas para procedimentos de hemodinâmica, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, uma vez que esses procedimentos não seriam realizados em hipótese nenhuma sem uma indicação clara.

149. Em 2013, incluiu-se, ainda, a possibilidade de se isentar a realização de procedimentos em determinados prestadores como forma de direcionar a demanda.

150. Em 2015, foram previstos alguns procedimentos preventivos, o que também é amparado pela literatura, conforme se demonstrará mais adiante, em programas de PROMO-PREV e alguns procedimentos de saúde ocupacional na forma da legislação trabalhista.

151. Em 2017 a proposta estende o rol de procedimentos preventivos, abarcando procedimentos de pré-natal e para prevenção de algumas doenças.

### III.1.7 – COMO REAJUSTAR A COPARTICIPAÇÃO/FRANQUIA:

152. Este tópico está diretamente relacionado àquele que trata da forma de incidência dos fatores de moderação nos planos de saúde, uma vez que, dependendo da forma como se previr a cobrança, haverá ou não a necessidade de se estabelecer uma metodologia de reajuste.

153. Quando a coparticipação incidir sobre o valor real praticado, por exemplo, não haverá que se falar em reajuste, uma vez que o percentual incidiria sobre um valor real, negociado anualmente e sujeito aos aumentos concedidos aos prestadores. Contudo, quando há uma tabela referencial é justificada a previsão de artigo regramdo o reajuste.

154. Duas alternativas já foram propostas no curso das discussões. A primeira seria usar de forma análoga as regras de reajuste de contraprestações dos beneficiários. A segunda, apresentada neste mesmo processo, leva em conta os reajustes concedidos aos prestadores de serviço, uma vez que, de uma forma ou de outra, essa tabela teria relação direta com o valor pago aos prestadores de serviço.

155. Assim, em se tratando de reajuste, deverá se definir hipótese de incidência e metodologia.

### III.1.8 – APLICABILIDADE EM PLANOS ODONTOLÓGICOS:

156. Não foi verificada a existência de regras específicas para planos odontológicos em nenhuma das discussões realizadas até a que está em curso, por isso faz-se necessário ponderar se seria realmente importante a existência de tal previsão.

157. Deve-se considerar, ainda, que tais planos estão dispensados do envio da Nota Técnica de Registro de Produtos, o que torna mais complexo eventual monitoramento a ser realizado pela ANS.

### III.1.9 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:

158. Dentro de um contexto da Reforma Psiquiátrica ocorrida no Brasil, que culminou na edição da Lei 10.216/2001 a regulação setorial, desde a Resolução CONSU 08/98, estabeleceu regras bastante restritivas para as internações em psiquiatria, que não chegaram a ser debatidas dentro dos grupos, sendo apenas replicadas.

159. No processo atual, essas regras foram bastante contestadas por entidades ligadas aos consumidores, ensejando uma reflexão posterior a minuta apresentada.

160. É certo que há justificativa para a manutenção de regras restritivas, contudo faz-se necessário ponderar se as internações desnecessárias não poderiam ser evitadas com a utilização de Diretrizes de Utilização (DUT) dentro do rol de procedimentos editado pela ANS, pois, insta observar, que tais diretrizes foram incorporadas ao rol apenas em 2008 pela RN 167.

161. Desta forma, tornaria mais acessível o procedimento para os casos em que realmente se faça necessário.

### III.1.10 – OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DE NOVOS PRODUTOS:

162. A RN 85/04, em seu anexo II, item 10<sup>30</sup>, prevê a existência de mecanismo financeiro de regulação como uma característica do produto, que necessita ser informada no ato do registro de mesmo, através de NTRP.

163. Uma vez que a informação dada diz respeito a existência do Fator Moderador no produto, seria possível admitir a inexistência de obrigatoriedade de se registrar novos produtos, desde que houvesse uma coincidência dos mecanismos de regulação adotados, pelo que seria viável estabelecer a aplicação imediata do novo normativo.

164. Contudo, a alteração do fator de moderação previsto ensejaria a necessidade de alteração da NTRP, o que traria ônus para as operadoras. Ademais, qualquer mudança, como a implementação de um novo fator de moderação não previsto, traria a obrigatoriedade de pagamento de taxa por alteração do produto.

165. A Coexistência de contratos regulados pela Resolução CONSU 08/98 e contratos regulados por norma nova permitiria uma base de comparação valiosa para fins regulatórios, o que, contudo, traria riscos, especialmente em relação à judicialização, quando se poderia pleitear eventual novo direito previsto em norma para contratos já vigentes.

166. A escolha a se fazer será a de manter ativa a comercialização dos produtos já registrados ou suspender sua comercialização. Em se optando pela primeira, deve-se atentar para a possibilidade de se aplicar de imediato a nova norma ou parte dela, desde que não haja necessidade de se alterar o registro do produto.

---

<sup>30</sup> 10. FATOR MODERADOR

Indicar existência de mecanismo financeiro de regulação, isto é, se o beneficiário terá que participar no pagamento de cada procedimento, conforme classificação do art. 3º da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998:

1. Co-Participação: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

2. Franquia: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.



### III.2 – DO PÚBLICO AFETADO:

167. A definição dos problemas permite que sejam apontados os principais atores afetados pelos mesmos e por eventual medida a ser adotada, conforme expõem-se na tabela abaixo:

<b>Quais grupos são potencialmente afetados?</b>	<b>Como esse público será afetado?</b>
<b>Beneficiários</b>	Beneficiários e operadoras constituem os dois grupos diretamente afetados pela medida, uma vez que se trata de tema relacionado ao serviço contratado por um para prestação pelo outro. Qualquer mudança na regra gerará efeitos para ambas as partes. Atualmente, a análise da ANS aponta para uma desproporção na relação de custo-benefício da incidência desses mecanismos, visando, assim, uma maior proteção do beneficiário.
<b>Operadoras</b>	Beneficiários e operadoras constituem os dois grupos diretamente afetados pela medida, uma vez que se trata de tema relacionado ao serviço contratado por um para prestação pelo outro. Qualquer mudança na regra gerará efeitos para ambas as partes. Atualmente a análise da ANS aponta para uma desproporção na relação de custo-benefício da incidência desses mecanismos, visando, assim, uma maior proteção do beneficiário.
<b>Prestadores</b>	Prestadores são impactados de forma indireta, seja pela possibilidade de a parcela referente ao Fator Moderador poder ser paga diretamente a este, em hipóteses de franquia, seja porque a alteração na regra ocasiona uma alteração na demanda, sendo certo que este grupo é o responsável por fornecer o serviço comercializado pela operadora.
<b>Poder Judiciário</b>	A alteração da regra com a inserção de direitos antes não previstos tem o potencial de gerar demandas com pleito de extensão dos mesmos, devendo a ANS se atentar para mitigar tal efeito. Por outro lado, ao equilibrar a relação entre

	beneficiários e operadoras tende a reduzir demandas judiciais sobre o tema.
<b>ANS</b>	O crescimento do número de planos registrados e comercializados com Fator de Moderação demonstra a necessidade de se tratar com maior atenção o tema. Pode vir a ser necessária a previsão de medidas de acompanhamento para possibilitar o monitoramento dos resultados obtidos pela medida implementada, bem como pode gerar demanda pela adaptação ou registro de novos produtos. Ademais, novas regras demandam capacitação dos órgãos responsáveis pela fiscalização, bem como podem gerar demandas de consulta ou denúncias.

### III.3 – DOS OBJETIVOS A SEREM BUSCADOS:

168. Delimitados os problemas e apontado o público atingido, passa-se a definir os objetivos a serem buscados pela ANS ao tratar sobre o tema, sendo certo que a proposta em questão visa a revisão da norma que trata dos Mecanismos de Regulação no ponto específico dos Mecanismos Financeiros de Regulação.

169. Inicialmente, qualquer medida a ser proposta deverá ser apta a suprir as lacunas existentes na normatização vigente, sem deixar espaço para conceitos interpretativos como o de “fator restritor severo”;

170. Deverá, ainda, abster-se de regular *ultra-legem* ou *contra-legem*. Pelo que será necessário que eventuais controvérsias jurídicas surgidas no curso das discussões sejam solucionadas antes de se colocar em prática a medida proposta.

171. Deverá buscar maior equilíbrio no mercado da saúde suplementar, com regras claras que delimitem os direitos e deveres inerentes a cada parte envolvida, buscando o equilíbrio efetivo das partes, ponderando para tal o poder econômico de cada uma para que seja garantida a real isonomia da medida proposta.

172. Não deverão ser propostas medidas que tendam a aumentar a judicialização, entendendo-se por tais aquelas que dão margem interpretativa para a incidência ou não da norma e de direitos por ela propostos.

173. Qualquer regra proposta deve, ainda, levar em consideração que o número de planos com Mecanismos Financeiros de Regulação já alcançou metade dos beneficiários da saúde suplementar, não sendo razoável que as regras propostas não se apliquem, em alguma medida, para contratos já firmados.

#### IV – DA ANÁLISE CONCLUSIVA:

174. Uma vez definidos os problemas, passa-se, então, à análise dos mesmos, para posterior definição de impactos e formas de implementação com o encaminhamento de eventual medida a ser adotada, conforme objetivos pretendidos.

##### IV.1 – DAS ANÁLISES:

##### IV.1.1 - NATUREZA JURÍDICA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:

175. Uma vez que se está tratando de contratos de planos de saúde faz-se necessário analisar alguns atributos deste tipo de negócio jurídico, cujas características os aproxima muito dos contratos de seguro *stricto sensu*.

176. Contratos de seguro trabalham com a aversão do contratante à exposição de riscos. Por não querer se sujeitar a estes o contratante aceita remunerar uma empresa seguradora que irá garantir os custos da ocorrência do risco.

177. Quanto maior for a aversão ao risco<sup>31</sup> de um indivíduo, mais propenso ele estará a contratar um seguro. Essa lógica não é diferente em contratos de seguro automotivos ou planos de saúde.

178. Assim como o indivíduo que se considera um bom motorista terá menor propensão a contratar um seguro e, quando o fizer, provavelmente escolherá um produto com mensalidades/valores menores em troca de uma franquia maior, indivíduos que gozam de boa saúde estarão menos propensos a contratar planos de saúde ou, quando o fizerem buscarão um produto com valores mais em conta, ainda que signifique o desembolso de uma quantia no momento da utilização.

179. Neste contexto há que se diferenciar a natureza das remunerações devidas, seja a título de contraprestação ordinária ou contraprestações extraordinárias. Primeira e mais óbvia diferença reside na previsibilidade, sendo a primeira um evento certo e a segunda condicionado a utilização.

180. As contraprestações ordinárias são calculadas em cima de um risco previsível do indivíduo, aquele risco que pode ser aferido diante da natureza do contrato que pressupõe que ambas as partes se comportem conforme a boa-fé. No caso dos planos de saúde no Brasil, em que não pode haver uma seleção de risco na entrada do beneficiário, as declarações deste servirão para que uma operadora mitigue o risco, pela imposição de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

181. O risco previsto também terá impacto no valor dos produtos comercializados. Analisando-se uma população é natural que produtos ofertados em um ambiente mais propício a determinados riscos tenha os custos repassados aos segurados. Como no caso dos seguros de automóveis que tem preços mais elevados para regiões com maior incidência de roubos.

---

<sup>31</sup> Tem-se o risco como a incerteza, sendo a aversão ao risco uma característica daquele indivíduo que dá mais valor para o risco ruim, que para o risco bom comparável. “Para uma pessoa que tem aversão a riscos, as perdas são mais importantes (em termos de variação de utilidade) do que os ganhos.” In PINDYCK, Robert S e RUBINFELD Daniel L. *Microeconomia*. Prentice Hall, São Paulo, 5ª edição, 2002.

182. Mesmo nos planos de saúde o comportamento pode ser observado na comercialização de planos coletivos, dependendo do perfil da carteira contratada, uma vez que a NTRP prevê uma faixa para o valor de comercialização do produto e não um valor exato. Assim, o risco inerente ao contrato já está contabilizado no valor da contraprestação.

183. Contudo, há um tipo de risco que não pode ser contabilizado ou, acaso possa, não deve ser estimulado, pelo contrário. O risco moral é aquele pelo qual o beneficiário se expõe pelo fato de estar garantido. Seu comportamento acaba sendo diferente daquele que teria acaso não houvesse contratado o seguro. O risco moral é assim explicado por MANKIW:

*O risco moral é um problema que surge quando alguém, chamado agente, realiza alguma tarefa em nome de outra pessoa, chamada principal. Se o principal não puder monitorar perfeitamente o comportamento do agente, este tende a empregar menos esforços que o principal consideraria desejável. A expressão risco moral refere-se ao risco de comportamento inadequado ou “imoral” por parte do agente. Em tal situação, o principal tenta, de diversas maneiras, encorajar o agente a agir de maneira mais responsável<sup>32</sup>.*

184. Ao tratar dos Mecanismos Financeiros de Regulação tem-se a concretização da situação descrita por Mankiw, com as operadoras de planos de saúde tentando encorajar o beneficiário a agir de maneira mais responsável, ou seja, utilizar de forma mais moderada seu plano de saúde pela previsão de uma cobrança extraordinária, variável conforme a utilização.

185. A Lei 9.656/98 não define o que seriam os Mecanismos de Franquia e Coparticipação, contudo, ao tratar das hipóteses legais de manutenção dos planos de saúde em casos de aposentadoria ou demissão dos beneficiários ela refere-se a fatores de moderação de uso para diferenciar as hipóteses de incidência ou não dos direitos previstos:

*Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

(...)

*§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.*

<sup>32</sup> MANKIW N. Gregory. Introdução à Economia. Cengage Learning. São Paulo, 2010.

186. Neste sentido infere-se que a natureza dos mecanismos é a de Fatores de Moderação do Uso e, como tal, atuarão para que a utilização dos planos seja feita com maior cautela por parte dos beneficiários.
187. Inegável que existe dentro do fator de moderação um aspecto de divisão de custos pelo beneficiário, mas esse não seria o cerne de sua existência e sim a forma como o mesmo atinge sua finalidade, razão pela qual a própria lei afasta a incidência do direito previsto no parágrafo acima transcrito quando os beneficiários arcam apenas com a parcela do pagamento relativo ao fator de moderação de uso.
188. Por tal razão, sem negar o caráter próximo ao cofinanciamento implícito no desembolso feito no momento da utilização, deve-se observar que este é o meio pelo qual o fator de moderação atinge seu fim, que é o de inibir a utilização excessiva do plano de saúde, sendo o risco moral um parâmetro pelo qual se busca evitar que os mecanismos de regulação propostos se tornem excessivamente oneroso para o beneficiário.
189. Planos moderados, como já demonstrado, oferecem uma contraprestação fixa menor para o beneficiário, que, em troca, arca em alguma medida com os custos da utilização. É uma relação que, se bem administrada, apresenta vantagens reais para ambas as partes.
190. Entretanto, em se igualando o fator de moderação a um instrumento cuja finalidade é meramente de cofinanciar o plano de saúde, há uma desnaturação do próprio contrato, uma vez que deixa de garantir o beneficiário do risco catastrófico. Neste contexto o beneficiário deixaria de utilizar o plano para eventos sem uma justificativa clínica real, bem como tenderia a buscar a rede do SUS para eventos de maior complexidade, ainda que clinicamente justificáveis, por não querer arcar com o risco de receber uma cobrança em valor excessivo a título de coparticipação ou franquia.
191. Na tentativa de se manter isonômica a relação contratual firmada, garantindo que o contrato de plano de saúde tenha a natureza aleatória que caracteriza contratos de seguro e assemelhados, é que se faz a leitura dos Mecanismos Financeiros de Regulação como um instrumento apto a mitigar a ocorrência de risco moral da utilização dos planos de saúde.
192. Pelo fato de o risco moral ser adotado como um limitador da incidência do Fator de Moderação, para que ele não represente um cofinanciamento efetivo por parte do beneficiário é que se abre a possibilidade de se trabalhar com o conceito dentro de uma faixa e não em um valor/percentual único o qual, ultrapassado, deixaria de incidir imediatamente.
193. Assim, a utilização, ainda que necessária e clinicamente justificada do plano, não afasta a natureza do mecanismo, uma vez que, de forma geral, o beneficiário deverá realizar uma série de procedimentos antes de ver igualada a mensalidade de um plano sem coparticipação com o seu plano coparticipativo, conforme será ilustrado adiante.
194. É seguro afirmar que enquanto o beneficiário não atinge o gasto mensal previsto para um plano análogo, sem incidência de mecanismos, não há que se falar em restrição de acesso.
195. Ainda que o valor venha a ser eventualmente ultrapassado há que se reportar, mais uma vez, para a natureza do contrato, pela qual, naturalmente, o beneficiário faz uma aposta. A aleatoriedade do contrato fará com que em algum momento o mesmo gere algum tipo de prejuízo para o beneficiário, pelo que, será neste momento que a ANS deverá atuar para reduzir os riscos para a própria sustentabilidade do mercado.

196. Beneficiários com uso moderado do plano de saúde tenderão a obter vantagem pela contratação de um plano com fator moderador, pois a precificação do seu produto levará em conta uma utilização mais moderada; conforme critérios mais racionais que levarão em conta o desembolso a ser realizado no momento da utilização.

197. Moderação corresponde a comedimento, a utilização com parcimônia dos recursos disponíveis, razão pela qual permitir o cofinanciamento irrestrito não atende ao conceito trazido pela Lei.

198. Em não havendo limites para o cofinanciamento um contrato poderia prever, por exemplo, coparticipação em percentual para um procedimento, que no todo, tenha um custo elevado demais para ser arcado por um indivíduo, como eventual internação em leito de CTI.

199. Para ilustrar o tema exposto apresentamos os seguintes dados, considerando dois planos reais registrados na ANS, da mesma operadora, com características análogas, cuja diferença encontra-se apenas na previsão ou não de incidência de mecanismos de regulação (Figura 10):

<b>PREÇOS MÁXIMOS POR FAIXA ETÁRIA (em R\$)</b>	<b>PRODUTO A – Com Coparticipação</b>	<b>PRODUTO B – Sem Coparticipação</b>
<b>Até 18 anos</b>	393,76	463,23
<b>De 19 a 23</b>	492,19	579,03
<b>De 24 a 28</b>	615,25	723,8
<b>De 29 a 33</b>	676,78	796,17
<b>De 34 a 38</b>	710,62	835,99
<b>De 39 a 43</b>	781,68	919,61
<b>De 44 a 48</b>	977,11	1.149,50
<b>De 49 a 53</b>	1.074,80	1.264,46
<b>De 54 a 58</b>	1.343,52	1.580,59
<b>59 ou mais</b>	2.351,13	2.766,00

FIGURA 10

200. Da tabela de preços desses produtos extrai-se o seguinte custo anual para cada uma das faixas etárias (Figura 11):

<b>PREÇOS MÁXIMOS POR FAIXA ETÁRIA (em R\$)</b>	<b>PRODUTO A – Com Coparticipação</b>	<b>PRODUTO B – Sem Coparticipação</b>	<b>Diferença</b>
<b>Até 18 anos</b>	4.725,12	5.558,76	833,64
<b>De 19 a 23</b>	5.906,28	6.948,36	1.042,08
<b>De 24 a 28</b>	7.383,00	8.685,60	1.302,60
<b>De 29 a 33</b>	8.121,36	9.554,04	1.432,68
<b>De 34 a 38</b>	8.527,44	10.031,88	1.504,44
<b>De 39 a 43</b>	9.380,16	11.035,32	1.655,16
<b>De 44 a 48</b>	11.725,32	13.794,00	2.068,68

<b>De 49 a 53</b>	12.897,60	15.173,52	2.275,92
<b>De 54 a 58</b>	16.122,24	18.967,08	2.844,84
<b>59 ou mais</b>	28.213,56	33.192,00	4.978,44

FIGURA 11

201. Desses custos acima expostos pode-se classificar o valor despendido para pagamento de um plano sem coparticipação como sendo o custo real do plano de saúde e a diferença existente no “preço” dos produtos ‘A’ e ‘B’ como o repasse dos benefícios obtidos pela utilização moderada dos mesmos aos beneficiários.

202. Para todo gasto que estiver no intervalo de custos existente entre os Produtos A e B, irrelevante seria distingui-los como necessários ou excessivos para o beneficiário, pois este estaria em vantagem econômica em relação àquele que contratou um plano não moderado.

203. A partir do momento em que os gastos ultrapassam a diferença existente é que a questão passa a demandar uma atuação da Agência Reguladora, com fins a limitar as perdas dos beneficiários e os ganhos da operadora.

204. Como exposto a literatura econômica reconhece o risco moral como uma falha de mercado, ocasionada pela assimetria de informações, cuja incidência poderá se dar no mercado de planos de saúde e, reconhecendo-se tal possibilidade deve-se tentar mediante a regulação, garantir que a mitigação do mesmo não sirva de pretexto para uma mitigação total dos riscos que envolvem o negócio jurídico.

205. Pela regra geral<sup>33</sup>, contratarão planos moderados os beneficiários com menor tendência de utilização dos planos de saúde, pois em uma análise racional de cenários este analisaria seu próprio perfil de risco e seria capaz de avaliar se sua utilização esperada/normal reverteria em vantagem ao final do período de contratação.

206. Importante reforçar que contratos de seguro e assemelhados tem natureza aleatória e como tal há momentos em que se observará vantagens econômicas reais aos beneficiários e em outros não, contudo, esta análise não pode se dar apenas em razão das vantagens econômicas auferidas, uma vez que contratos de seguro geram valor de difícil mensuração que é a sensação de segurança daquele que possui aversão ao risco e os contrata.

207. Uma vez que não se quer permitir que o fator moderador se transforme em um “fator restritor severo”, conforme previsto na regulamentação vigente, a norma deve estabelecer o intervalo no qual será tolerada a alegação de se estar mitigando a incidência do risco moral.

208. Sob este aspecto a mensuração do risco devido dentro de um intervalo se mostra razoável, por permitir a proteção do beneficiário sem impor a obrigação de se classificar uma utilização como necessária ou não, o que seria de impossível operacionalização, inviabilizando a adoção dos mecanismos.

209. Somente para ilustrar eventual custo da incidência de coparticipação colocam-se abaixo alguns dados de utilização fictícia, com base em valores reais, extraídos da base do TISS e outras fontes de informações:

<sup>33</sup> O setor de saúde apresenta uma característica singular, sendo um mercado de custos crescentes, onde uma nova tecnologia não substitui, mas complementa aquela já existente. Desta forma, como alternativa ao aumento de custos os planos moderados tendem a ocupar maior espaço no mercado, limitando a possibilidade de escolha dos beneficiários cujo perfil contra-indiquem a contratação destes, sendo mais uma razão para justificar a necessidade de atuação da Agência Reguladora.

210. Considerando uma beneficiária com 40 anos e uma utilização anual de:

- 8 (seis) consultas simples;
- 1 (uma) Ressonância Magnética;
- 1 (uma) Tomografia computadorizada;
- 1 (uma) Ultrassonografia diagnóstica;
- 1 (uma) Mamografia;
- 1 (uma) internação; e
- Exames Complementares.

211. E os valores abaixo expostos (Figura 12):

Procedimentos	Preço Praticado	10%	20%	30%	40%	50%
Consultas simples em consultório	R\$ 80,00 <sup>34</sup>	R\$ 8,00	R\$ 16,00	R\$ 24,00	R\$ 32,00	R\$ 40,00
Ultrassonografia Abdome total	R\$ 129,00 <sup>35</sup>	R\$ 12,90	R\$ 25,80	R\$ 38,70	R\$ 51,60	R\$ 64,50
Ressonância Magnética diagnóstica	R\$ 500,00 <sup>36</sup>	R\$ 50,00	R\$ 100,00	R\$ 150,00	R\$ 200,00	R\$ 250,00
Tomografia Computadorizada Diagnóstica	R\$ 260,00 <sup>37</sup>	R\$ 26,00	R\$ 52,00	R\$ 78,00	R\$ 104,00	R\$ 130,00
Mamografia convencional bilateral	R\$ 117,00 <sup>38</sup>	R\$ 11,70	R\$ 23,40	R\$ 35,10	R\$ 46,80	R\$ 58,50
Internações	R\$ 950,00 <sup>39</sup>	R\$ 95,00	R\$ 190,00	R\$ 285,00	R\$ 375,00	R\$ 465,00
Exames Complementares	R\$ 390,00 <sup>40</sup>	R\$ 39,00	R\$ 78,00	R\$ 117,00	R\$ 156,00	R\$ 195,00

FIGURA 12

212. Considerando os percentuais previstos pelas propostas já discutidas dentro da ANS, no cenário mais oneroso para o beneficiário, seus gastos girariam em torno de R\$ 1.483,00 a título de coparticipação, menos, portanto, que o ganho certo que teria por optar por um plano coparticipativo, conforme demonstrado pela Figura 11.

213. A intenção deste exemplo não é estabelecer um valor certo para a coparticipação, mas apenas demonstrar que há uma boa margem para a utilização do plano de saúde com coparticipação, sem que isso signifique prejuízo financeiro para o beneficiário.

<sup>34</sup> Preço moda – valor mais comumente informado através do TISS

<sup>35</sup> Preço moda – valor mais comumente informado através do TISS

<sup>36</sup> Preço médio informado no D-TISS

<sup>37</sup> Preço médio informado no D-TISS

<sup>38</sup> Preço moda – valor mais comumente informado através do TISS

<sup>39</sup> Valores anuais aproximados extraídos do Painel de Precificação ANS para o ano de 2016 pela multiplicação do valor médio x a frequência de utilização.

<sup>40</sup> Valores anuais aproximados extraídos do Painel de Precificação ANS para o ano de 2016 pela multiplicação do valor médio x a frequência de utilização.



214. Em conclusão, para que fique clara a intenção da ANS com a presente norma, sugere-se seja expressada a natureza jurídica dos Mecanismos Financeiros de Regulação como Fatores de Moderação de Uso que podem se valer do pagamento eventual do beneficiário, referente a efetiva utilização dos serviços contratados, limitados a um valor cuja justificação encontra-se, primordialmente, na doutrina econômica que trata das falhas de mercado, para evitar que um ônus excessivo recaia sobre este.

215. Uma vez que se trata de pagamento eventual não estaria apto a ensejar o direito previsto no §6º, do art. 30, da Lei 9.656/98. Igualmente, por ter caráter eventual, tampouco se aplicaria para a hipótese prevista no parágrafo único do art. 13, que enseja a rescisão unilateral do contrato em razão de inadimplência.

#### IV.1.2 – CONCEITOS PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO:

216. Referente aos conceitos dos mecanismos financeiros de regulação alguns pontos merecem destaque:

217. Inicialmente há que se reconhecer, ao contrário do que se propôs em debate recente do tema dentro da ANS (vide item, II.3.4), que se tratam de institutos diversos, uma vez que ambos estão previstos pela lei 9.656/98.

218. Com relação à franquia, faz-se necessário enfrentar a discussão iniciada no processo 33902.527905/2012-60, acerca da possibilidade de uma eventual franquia superar o valor unitário de um procedimento específico, implicando no custeio integral do procedimento específico pelo beneficiário.

219. Da leitura da Resolução CONSU 08/98, a equipe da DIDES que trabalha no presente processo entende que pode ter havido uma regulamentação *ultra legem* por parte desta, uma vez que a Lei não faz menção sobre a cobertura de procedimentos unitários, mas a cobertura assistencial como um todo.

220. Ao tratar da amplitude das coberturas devidas pelos planos de saúde a Lei estabelece que o beneficiário não poderá arcar integralmente com sua cobertura assistencial, conforme depreende-se da leitura do inciso I, do art. 1º:

*I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às despesas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;*

221. Mais adiante o art. 10 traz a seguinte previsão:

*É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de*

*terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:*

222. Restringindo-se a interpretação do inciso I, do art. 1º ao procedimento individualizado e não ao que se encontra previsto no artigo 10, contemplando o tratamento para as doenças listadas na CID-10, a aplicação da franquia nos planos de saúde fica extremamente limitada, podendo ser uma das causas para que hoje se verifique um reduzido nº de planos registrados na ANS com a previsão de franquia, o que foi apontado dentro do GT Interáreas, na reunião que ocorreu em 14/07/2016, pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos, como uma questão a ser tratada pelo grupo.

223. Em momento anterior nesta exposição, quando da contextualização do tema, já foram expostas as lâminas de apresentação da DIPRO, ocorrida em 22/11/2016, em que se expõe o nº de produtos registrados com o Mecanismo Financeiro de Regulação “franquia” dentre seus atributos, bem como tabela obtida pelo cruzamento de bases da ANS (SIB e RPS), em consulta realizada no mês de maio de 2017, que demonstram a pouca adesão ao mecanismo da franquia (Figuras 2 e 3).

224. Adiciona-se que o Rol de procedimentos da ANS traz cerca de 3.300 procedimentos listados, alguns com custo extremamente elevado, ao passo que outros tem custo irrisório. Ao contratar um plano de saúde, o beneficiário tem acesso a todos os procedimentos listados e, em hipótese alguma, poderá vir a arcar com a cobertura integral de sua assistência, o que é um conceito bem mais amplo, pois a assistência de um beneficiário não se limita ao exame A ou B, mas ao conjunto de procedimentos e intervenções realizadas durante sua vida ou, em um espaço de tempo mais restrito, durante a vigência de seu contrato.

225. Há que se destacar que a ANS, por intermédio da DIDES, vem trabalhando com a revisão dos modelos vigentes de remuneração dos prestadores de serviços de saúde, sendo uma discussão que também já perdura por quase uma década e tem-se como entendimento que a “alimentação” do modelo vigente de “fee for service”, de se pagar a prestação do serviço por cada item, tende a aumentar os custos para o setor<sup>41</sup>, gerando riscos em relação à sua sustentabilidade e pressionando para cima os reajustes aplicados aos beneficiários.

226. Ou seja, restringir o conceito de cobertura da lei acaba por ir de encontro a própria forma como a ANS vem entendendo a cobertura assistencial, isto porque o modelo de remuneração de pagamento por procedimento acaba privilegiando a quantidade de procedimentos realizados em detrimento da qualidade, sendo incompatível com a própria natureza dos mecanismos que buscam incentivar o bom uso dos recursos da cobertura assistencial.

227. Ademais, ao analisar a Lei 9.656/98, em sua redação original, pode-se constatar que a mesma admitia a cobertura limitada dos custos de saúde, uma vez que não existia

---

<sup>41</sup> O tema também foi abordado pela ANS em: Idoso na saúde suplementar : uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor / Mártha Oliveira ... [et al.] . – Rio de Janeiro : Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016.

previsão em sentido contrário e se verifica da leitura do artigo 16 a previsão para limites financeiros no contrato<sup>42</sup>.

228. Pelo que se pode inferir a alteração do artigo 1º visou garantir a inexistência de um limite financeiro e não a vedação do custeio integral de um procedimento específico pelo beneficiário.

229. Desta forma, não se vislumbra óbice para a imposição de franquia que venha a implicar no custeio integral de procedimento pelo beneficiário, desde que essa franquia não importe no custeio integral de todos os procedimentos cobertos, sendo certo que tal vedação é de fácil operacionalização, sobretudo quando da proposta de um limite de exposição financeira, acima do qual não mais poderá incidir qualquer valor referente à franquia e/ou coparticipação.

230. Salienta-se que não há um retrocesso no entendimento em desfavor do consumidor. A uma porque a DIDES entende que não deve estar vinculada a um entendimento que amplia uma restrição prevista em lei; a duas porque sequer há como se afirmar que isso gera algum prejuízo para o beneficiário, uma vez que, como demonstrado no tópico anterior, a previsão de fator de moderação implica em um repasse de economia para o beneficiário que, mesmo pagando por um procedimento de forma integral, poderá vir a ter um efetivo ganho econômico ao final de um período de análise.

231. Desta forma, entende-se que é possível a previsão de um conceito de franquia semelhante ao conceito aplicado em contratos de seguro de outros segmentos, uma vez que no todo esse conceito não estaria conflitando com a previsão legal no que concerne a amplitude da cobertura, tampouco implicaria na imposição de uma limitação financeira para o custeio do plano de saúde, sendo uma modalidade de plano de saúde praticamente inexistente no mercado e que pode suprir uma lacuna em um segmento de beneficiários que desejam coberturas relacionadas tão somente aos riscos catastróficos, que hoje não encontram amparo em qualquer dos tipos de planos previstos pela Lei 9656/98, nem em planos de segmentação hospitalar, uma vez que se deve reconhecer a existência de procedimentos ambulatoriais cujos custos são extremamente elevados.

232. Acresça-se que nos sistemas de saúde analisados neste relatório não há qualquer vedação para a adoção da franquia, tampouco para utilização de institutos que aproximem os seguros de saúde dos demais tipos de seguro, não havendo qualquer depreciação em se tratar de forma similar contratos similares cujos objetos sejam diversos.

233. Em relação à coparticipação não parece haver grandes controvérsias acerca de seu conceito ou mesmo quanto à forma de incidência, uma vez que, superada a questão sobre a possibilidade de cobertura de valor integral para procedimento específico, pouca diferença fará se será expressa em percentual sobre o valor real ou tabela, ou por tabela com valores monetários fixos, vindo a refletir uma opção regulatória com a qual, recomenda-se, busque uma melhor informação do beneficiário, um mecanismo que seja visualmente mais fácil para ele quando da leitura do contrato.

234. Sobre a possibilidade de se ordenar os procedimentos em grupos não há óbice na norma, ressaltando que a proposta que seguiu para consulta pública em 2010 trazia uma divisão feita pela própria norma com percentuais de coparticipação incidindo de forma diferente em cada um dos grupos previstos.

---

<sup>42</sup> Tal previsão permanece na norma em vigor, contudo perdeu sua aplicabilidade com a previsão de inexistência de limite financeiro.

235. Recomenda-se por esta análise que o conceito de franquia seja aproximado ao conceito consagrado pelo mercado, com a possibilidade de custeio integral de procedimentos específicos, desde que não importe no custeio integral da cobertura do beneficiário.

#### IV.1.3 – COMO E QUANDO INCIDIRÁ A FRANQUIA/COPARTICIPAÇÃO:

236. Definida a natureza dos mecanismos financeiros de regulação passa-se a discutir o momento e a forma de incidência dos mesmos, uma vez que diversas possibilidades foram aventadas e rechaçadas no curso de todos os processos de discussão ocorridos no âmbito da ANS.

237. Neste tópico deve-se ponderar se é pertinente estabelecer regras rígidas para hipóteses e formas de incidência dos mecanismos de regulação ou se há margem para o estabelecimento de regras gerais.

238. Até o último Grupo de Trabalho havia um relativo consenso sobre a forma de incidência da coparticipação através de um percentual, o que gerou, inclusive, a parametrização do conceito de “fator restritor severo” com base em um percentual. Em dado momento se estabeleceu como diferença entre coparticipação e franquia a forma de incidência com uma incidindo em forma de percentual e a outra como valor monetário fixo, contudo, parece mais adequado avaliar as características e conceitos dos mecanismos antes de responder esta questão.

239. A franquia é um mecanismo consagrado no mercado segurador e apresenta, essencialmente, duas formas distintas de incidência, a primeira corresponde a cobrança por evento, na qual será cobrada a franquia devida em cada utilização do seguro, para cada sinistro ocorrido. Outra forma de incidência se observa no mercado de planos de saúde norte-americano, nos planos de franquia alta – *High Deductible Health Plans - HDHP*, em que o beneficiário será responsável por arcar com suas despesas de saúde até atingirem determinado valor, quando a responsabilidade passará a ser da seguradora, embora ainda compartilhada com o beneficiário.

240. No curso deste GT que discute o tema foram admitidas a possibilidade de ambas as formas de incidência da franquia, e, ainda, se admitiu a chamada franquia para internação, que, atualmente, aparece em diversos planos de saúde como uma espécie de coparticipação em valor fixo válido para internações.

241. Já a coparticipação se trata da participação do beneficiário no custeio de determinado procedimento realizado; como forma de moderar a utilização desnecessária dos serviços de saúde, estabelecendo-se que uma parte dos custos do procedimento deverá ser pago pelo beneficiário, adicionalmente à sua contraprestação mensal.

242. A grande diferença entre a franquia e a coparticipação se dá na forma como incidem os institutos. A franquia irá eximir a operadoras de planos de saúde do custeio até que se atinja determinado custo, ao passo que a coparticipação incidirá sobre uma parte dos custos, independentemente do valor ser alto ou baixo. Por esta razão, parece razoável entender que a franquia somente poderá incidir em valores monetários fixos, não havendo razão para que seja imposto impedimento para que a coparticipação incida das duas formas previstas.

243. Ainda sobre as coparticipações, originalmente se pregou a obrigatoriedade destas estarem vinculadas ao percentual do valor real dos procedimentos realizados, tendo

também havido uma flexibilização deste entendimento em prol de tornar mais simples a compreensão e incidência das mesmas.

244. Acerca da incidência de mecanismos de regulação em internações deve-se ponderar que uma vez definida a natureza dos mesmos, nada impede, que dentro dos parâmetros definidos, apliquem-se em internações, tendo em vista o risco moral não ser a razão da existência destes, mas um parâmetro utilizado para limitar o cofinanciamento eventual pelo beneficiário.

245. Considerando, ainda, a previsão pela norma de outros meios de proteção do beneficiário que evitam gastos exorbitantes e não mensuráveis em virtude de eventos catastróficos não se vislumbra impedimento de previsão de cobrança de coparticipação em percentual para internações, o que representa uma proteção maior que a atualmente existente, tendo em vista que valores fixos sem teto podem ser consideravelmente altos. Ressalta-se que já foi analisado por esta Diretoria contrato que previa coparticipação em valor fixo de até R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

246. Outra questão relevante diz respeito a quem deve remunerar o prestador de serviço quando da utilização de planos moderados. Entende-se que as relações jurídicas existentes se dão entre beneficiário e operadora e entre operadora e prestadores, sendo a operadora a intermediária entre beneficiários e prestadores de serviço, razão pela qual recomenda-se afastar a possibilidade de cobrança direta pelo prestador ao beneficiário, o que já vinha sendo adotado pelos grupos que discutiram o tema em 2012 e 2015.

247. Esse tema foi bastante abordado na consulta pública, sendo um pleito notável do setor que se vede tal possibilidade, conforme se verifica da planilha anexa.

248. Aspecto relevante a ser apontado é o risco que estaria se impondo ao beneficiário acaso se permitisse o pagamento direto ao prestador, pois, em que pese vedações do Código de Ética Médica haveria a possibilidade de negativas de cobertura em razão do não pagamento da parcela devida.

249. Em relação a incidência de mecanismo de regulação em atendimentos realizados em pronto socorro, deve-se atentar, em primeiro lugar, para o fato de a norma atual não trazer qualquer restrição e, em segundo lugar para o fato de efetivamente haver uma utilização/gerenciamento dos cuidados com a saúde dos indivíduos que busca limitar a utilização dos serviços em pronto-socorro àqueles que efetivamente demandariam tal nível de atendimento.

250. Por uma questão cultural, o beneficiário de plano de saúde se enxerga como um cliente preferencial que deve ser atendido quando e por quem desejar; buscam maior resolutividade que, em princípio, encontram em serviços de pronto-atendimento, uma vez que são imediatamente atendidos e eventualmente realizam exames complementares, sem necessitar de agendamento.

251. Ocorre que os serviços de pronto-atendimento deveriam se ocupar de situações de urgência e emergência reais, não servindo à comodidade do beneficiário. Isso não chega a ser uma questão de má-fé, mas, ao se voltar para o conceito de risco moral, constata-se que este não abarca apenas os comportamentos equivocados de má-fé, mas, também, aqueles comportamentos indesejáveis.

252. Neste aspecto, torna-se interessante estudar uma alternativa de se induzir comportamentos através da adoção de mecanismos financeiros de regulação e, para tal, uma das possibilidades, mas não a única, é se cobrar coparticipação e/ou franquia pela utilização dos serviços de pronto-atendimento.

253. Ressalva-se que os atendimentos em pronto-socorro que evoluírem para internação deverão ser computados dentro do atendimento maior para incidência do mecanismo, não sendo possível cobrar duas vezes, uma vez que a internação deve ser entendida como um evento único que, no caso, se iniciou com um atendimento no setor de pronto-atendimento.

254. Adoção de franquia/coparticipação diferenciados por prestador, prevendo isenções específicas da cobrança dos mecanismos financeiros de regulação em determinado tipo de atendimento pode se mostrar uma decisão economicamente melhor para a sustentabilidade do mercado, mas também para a própria saúde do beneficiário, que poderá ser incluído em um fluxo de atendimento organizado, muito mais eficaz, salientando-se a total compatibilidade destes mecanismos com as medidas adotadas pela própria ANS que fomenta uma alteração no modelo de atenção à saúde do beneficiário com a indução de adoção de programas de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde do Beneficiário<sup>43</sup>.

255. Por fim orienta-se pela previsão de incidência dos mecanismos nos seguintes procedimentos:

256. Para Coparticipação incidindo sobre procedimentos e grupo de procedimentos, entendendo-se este como um agrupamento livremente definido pela operadora, conforme critérios próprios, vedado o agrupamento por patologias e, para franquias incidindo sobre procedimentos ou sobre o acesso, entendendo-se este por cada utilização do plano de saúde, conforme o tipo adotado.

257. Em síntese, sugerem-se os seguintes encaminhamentos:

- Diferenciação quanto às formas de incidência de franquia e coparticipação;
- Reconhecimento da possibilidade de incidência de franquia por procedimento, bem como para modalidade de plano análoga aos HDHP;
- Franquia incidindo somente em valores monetários fixos;
- Coparticipação incidindo em percentual sobre o custo do procedimento, sobre tabela referencial ou valor monetário fixo;
- Possibilidade de cobrança de coparticipação em procedimentos realizados em pronto atendimento, em internações e utilização dos mecanismos financeiros para indução de comportamento desejável;

#### IV.1.4 – LIMITE PERCENTUAL/VALOR PARA FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO:

258. O estabelecimento de um percentual ou valor monetário fixo como limite para incidência do fator de moderação não pode ser tratado como o único fator preponderante para a utilização do plano de saúde pelo beneficiário.

259. As discussões sempre abordaram a questão sob o ponto de vista da existência de um momento específico em que um percentual deixa de inibir a incidência do risco moral e passa a inibir a própria utilização necessária do plano de saúde.

---

43

[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/manual\\_promoprev\\_web.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf)

260. A realidade é um pouco mais complexa, não existindo um estudo que aponte de forma conclusiva para um percentual onde este fenômeno passe a ocorrer, havendo, tão somente, o indicativo que em determinado momento há uma redução na utilização do plano de saúde que afeta sobretudo populações mais expostas, tais quais crianças, idosos e indivíduos com baixa renda e escolaridade.

261. A extensão das coberturas é um ponto essencial para o início da análise, uma vez que a Lei 9.656/98 impõe a cobertura sem limitação financeira pelas operadoras de planos de saúde, sendo a inexistência de limite, por si só, um indutor de demanda, pois, inexistindo limites e inexistindo incentivos para que o beneficiário modere sua utilização, ele poderá tender a “maximizar” seus benefícios sobre utilizando o plano de saúde.

262. Desta forma, o percentual ou limite deverá levar em conta um valor suficientemente elevado para inibir a utilização do plano por mera conveniência ou para essa “maximização” de benefícios, sem, contudo, resultar em um valor excessivo ao ponto do beneficiário entender que será mais benéfico não buscar um atendimento efetivamente necessário ou recorrer a rede pública à pagar pela coparticipação/franquia e esse valor terá relação direta, também, com o valor pago a título de contraprestação pecuniária mensal, pois quanto maior for o “desconto” no valor da mensalidade, maior será a margem para repasse do custo ao beneficiário.

263. Ainda assim deve-se observar que planos de saúde com fatores de moderação não podem se confundir com os chamados Planos de Saúde com preço pós-estabelecido<sup>44</sup>. Percentuais ou valores muito altos para os mecanismos financeiros poderiam gerar mensalidades fixas muito baixas com parcelas variáveis correspondendo a maior parte do preço.

264. Concomitante ao que já fora dito sobre a inexistência de um valor exato, parece adequado que essa limitação observe, ao menos, o limite simbólico observado pela metade do valor, ponderando-se que exista uma margem de manobra para eventual adequação do valor no futuro, após análise de dados por ventura aferidos.

265. Analisando-se dados da tabela 22 do TISS, com as informações recebidas pela ANS sobre os procedimentos realizados no mercado de saúde suplementar, bem como outros dados disponíveis, verifica-se uma variação nos custos dos procedimentos que vão de valores baixos, como R\$ 6,30 para procedimento de hemoglobina glicada (A1T), utilizada para diagnóstico e controle de diabetes, até valores que ultrapassam R\$ 1.000,00, como alguns exames de alta complexidade, por exemplo PET Scan.

266. O estabelecimento puro e simples de um percentual ignora a variabilidade do valor dos procedimentos e poderá ser extremamente oneroso para o beneficiário, ainda que em um percentual relativamente baixo, se for o único parâmetro adotado. Por outro lado, ainda que o percentual seja relativamente alto, outras formas de limitação podem ser estabelecidas para evitar a onerosidade excessiva para o beneficiário.

---

<sup>44</sup> quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico/hospitalar.

O pós-estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções:

I – rateio – quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura;

II – custo operacional – quando a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.

3 - misto: permitido apenas em planos odontológicos, conforme RN nº 59/03.” (NR)

267. Considerando, ainda, a existência de uma razoabilidade e experiência do mercado no que concerne a precificação de um produto, entende-se que é possível o estabelecimento de um percentual mais alto com um outro tipo de limitador, sendo uma tendência natural que os percentuais se amoldem aos próprios valores dos procedimentos, com aqueles procedimentos mais caros sofrendo uma incidência menos “gravosa” do fator moderador que outros procedimentos de custos mais baixos.

268. Essa discussão já foi feita durante as discussões anteriores sobre o tema e os percentuais propostos oscilaram entre 10% para internações até 60% para procedimentos e exames simples, quando feitos por beneficiários de planos coletivos empresariais que não contribuíssem com mensalidade fixa do plano de saúde.

269. Nas discussões que se deram no curso da Câmara Técnica de 2012 a ANS chegou a apresentar uma proposta com base em metodologia atuarial e estatística que apontava para a possibilidade de uma coparticipação de, até, 50%. Nas duas últimas oportunidades em que o tema foi abordado por grupos instituídos pela ANS o percentual proposto foi de 40%, observando-se, sobretudo, experiências internacionais e um limite acima do qual se considera que o pagamento pelo beneficiário acaba assumindo a natureza pura de cofinanciamento.

270. Ainda neste tópico, mas já adentrando a outros, aponta-se para a necessidade do estabelecimento de um limite de exposição financeira, que impedirá que o beneficiário arque com valores muito altos e imprevisíveis quando da ocorrência de um evento catastrófico, bem como a previsão de hipóteses de isenções na incidência dos mecanismos, como forma de mitigar eventuais efeitos nocivos à saúde da população.

271. Aqui se confrontam duas alternativas de como estabelecer os limites para incidência da coparticipação nos planos de saúde, a primeira apresentada pelo GT que discutiu o tema em 2015, consistindo na categorização dos planos em 3 tipos distintos, um com Coparticipação variando de 0-20%, outro de 20-30% e um último de 30-40%, os quais seriam oferecidos pela operadora, não podendo haver adoção de percentuais diferentes daqueles previstos para o tipo específico. E o segundo com a adoção de um limite único e variável conforme o critério de conveniência e oportunidade da operadora, desde que respeitados o limite máximo previsto e o limite de exposição financeira proposto.

272. A primeira opção apresenta vantagem em relação a facilidade de monitoramento da norma pela ANS e por possibilitar uma melhor comparabilidade entre os produtos existentes pelos beneficiários, mas traz a desvantagem de não permitir que as operadoras ofereçam procedimentos com percentuais diferenciados, o que impõe que procedimentos de custos elevados ou não sejam tratados de forma igual, sendo potencialmente prejudicial para o beneficiário.

273. Para que esta opção realmente atinja seu propósito de facilitar o monitoramento, vislumbra-se a necessidade de alteração da NTRP para que a operadora informe especificamente o tipo de plano correspondente, o que importaria na obrigatoriedade de registro de novos produtos ou, ao menos, de alteração dos produtos já existentes.

274. A segunda alternativa apresenta como vantagem a possibilidade de diversificação dos produtos ofertados, com maior flexibilidade para dispor de percentuais maiores para procedimentos menos custosos em oposição a percentuais menores para procedimentos



mais caros, valendo-se da expertise do mercado, considerando que os planos serão mais adequadamente formulados se houver uma margem maior para que as partes negociem, sem perder de vista que ainda assim existirá um limite que garantirá uma adequada proteção aos beneficiários.

275. Apresenta outra vantagem, pois o monitoramento desta modalidade não ensejaria alteração necessária da NTRP, uma vez que não haveria qualquer alteração nas características essenciais do produto, bem como não se estabeleceria um parâmetro cujo monitoramento seja objetivo ao ponto de justificar uma alteração.

276. Desde 2016 a ANS já recebe a informação via Padrão TISS sobre os valores recebidos pelas operadoras a título de fator de moderação, havendo dois campos para a operadora informar os valores. Um referente aos valores pagos aos prestadores de serviços e outro referente ao valor recebido a título de fator de moderação, pago pelo beneficiário.

277. Uma terceira alternativa ainda não explicitada em nenhum grupo, mas que ficou implícita de algumas contribuições recebidas seria a adoção de um percentual mais baixo para a coparticipação sem, contudo, se prever um limite de exposição financeira. Afasta-se essa proposta em razão dos riscos que geram aos beneficiários. Reforce-se que tal proposta em muito se assemelharia ao modelo trazido pela CONSU 08/98, diferindo-se somente pela existência de um percentual máximo de incidência, o que em muitos casos seria suficiente para proteger os beneficiários, mas em outros os deixariam excessivamente expostos.

278. Um risco vislumbrado pela DIDES e que independe do modelo adotado é que a NTRP não obriga que seja informado o preço de comercialização dos produtos, o que não permite que a ANS faça o acompanhamento efetivo sobre o preço dos produtos conforme o fator de moderação adotado, dificultando a comparabilidade com os planos atuais, cujos fatores são adotados sem um limite específico previsto pela regulamentação.

279. Tal situação mostra-se extremamente sensível dada a premissa de que fatores de moderação importam, necessariamente, na redução dos valores pagos a título de mensalidade pelos beneficiários e que eventual novo normativo trará maior proteção para o beneficiário, o que, em tese, poderá gerar um custo um pouco maior deste produto em relação àqueles já comercializados.

280. Cabe salientar que o Ministério da Fazenda, através do Parecer Analítico sobre Regras Regulatórias nº 122 /COGPC/SUCON/SEAE/MF, já se manifestou no sentido de que a existência de uma grande diversidade de planos, ao invés de dar poder ao consumidor, permitindo-lhe melhor escolha e adequação de perfil, fragiliza-o, por dificultar o acesso à informação.

281. Em que pese a opção pelas tipologias ter a vantagem sob o ponto de vista do Parecer da SEAE de limitar o número de opções existentes, entende-se que traz uma intervenção exagerada no mercado, pelo que retira quase que inteiramente a margem de negociação das partes. Ademais, os limites propostos para a adoção da outra alternativa estariam aptos a garantirem uma efetiva proteção ao consumidor de plano de saúde.

282. Adicionalmente, optar-se pelas tipologias implicaria em uma alteração radical do modelo vigente, em que a norma permite quase tudo, passando para uma norma que não

permite quase nada. Mudanças radicais tendem a gerar impactos maiores, dificultando a adesão ao normativo, ou seja, prejudicando-o no campo da eficácia.

#### IV.1.5 – EXISTÊNCIA DE UM TETO DE GASTOS COM A INCIDÊNCIA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:

283. Em prosseguimento ao tópico anterior, coloca-se a necessidade de se estabelecer um limite máximo para os gastos do beneficiário com o plano de saúde, sendo essa uma consequência necessária após o reconhecimento da natureza dos mecanismos financeiros de regulação.

284. Uma vez que não se tratam de mecanismos para o mero cofinanciamento do plano de saúde pelo beneficiário, a inexistência de um teto previsto tem o condão de tornar excessivamente onerosa a modalidade de produto justamente para aqueles que estariam mais expostos, que seriam beneficiários com sinistralidade<sup>45</sup> alta.

285. Ainda que se tenha exposto que planos com Mecanismos Financeiros de Regulação não se amoldem a qualquer tipo de beneficiários, há que se reconhecer que os planos de saúde são contratos aleatórios, de prestação continuada, com prazo indeterminado, pelo que o contrato feito hoje, conforme o perfil atual do beneficiário, será o mesmo depois de alguns anos, em que a saúde do indivíduo pode se deteriorar.

286. Assim, importante destacar que o limite de exposição financeira se prestará a evitar perdas elevadas por eventos catastróficos em relação aos beneficiários, bem como funcionará como um mecanismo que permitirá uma transição menos traumática do beneficiário cujo perfil deixou de ser adequado para a utilização de planos com fatores de moderação.

287. Importante, pois, garantir que normas de portabilidade permitam que beneficiários em planos com coparticipação/franquia transitem com maior facilidade dentro do mercado, talvez com menores restrições para a realização desta quando verificada a inadequação do perfil do beneficiário ao plano contratado.

288. Para o estabelecimento de um valor de limitação financeira há dois cenários possíveis, estabelecer que a definição do mesmo dar-se-á no contrato entre as partes ou definir o limite na própria norma.

289. Deixar a definição para as partes tem a vantagem de deixar que estas, analisando suas expectativas de custos e utilização, negociem valor que gere maiores benefícios para ambas em um cenário de normalidade, contudo pode se mostrar excessivamente onerosa em hipóteses imprevistas, quando as partes não mensuram adequadamente os riscos envolvidos.

290. A definição mediante norma torna todos os aspectos do negócio conhecidos desde antes da assinatura do contrato, o que praticamente anula a hipótese de um evento catastrófico gerar um ônus insustentável ao beneficiário. Paralelamente, permite que a operadora precifique seu produto de forma mais precisa, considerando o risco de vir a sofrer algum prejuízo com o custeio de um procedimento excessivamente oneroso.

---

<sup>45</sup> Mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).

291. Recomenda-se, sobretudo em virtude da maior transparência que se garante, que a ANS defina esse limite no próprio normativo, não deixando essa possibilidade para as partes através da negociação.

292. Definida a forma de disposição do limite de exposição, passa-se a discutir efetivamente quais seriam esses limites. A proposta mais recente apresentada levou em consideração um limite mensal de gastos em conjunto com um limite anual, entendendo que seria razoável que a perda eventual do beneficiário correspondesse ao dobro do ganho efetivo e certo que ele teria mensalmente, quando da não utilização do plano de saúde. Por esta razão o limite proposto ficou próximo aos 50% de acréscimo mensal e 40% de acréscimo anual<sup>46</sup>, considerando que a economia na mensalidade dos planos com fatores de moderação gira em torno de 25%, conforme atesta-se da análise do Painel de Precificação.

293. Revisa-se, no entanto tal proposta, uma vez que não há uma certeza plena sobre a manutenção da mesma razão de redução entre os planos regulados pela CONSU 08/98 e os planos regulados pela norma que se propõe. Pelo que se sugere retornar ao parâmetro proposto pelos outros grupos que discutiram o tema, qual seja, a própria mensalidade do beneficiário como o limite máximo, ou seja, deve-se admitir o incremento do pagamento mensal para até o dobro do valor pago pelo beneficiário como mensalidade, reiterando o caráter aleatório do contrato.

294. Esse parâmetro leva em conta critério objetivo e deve ser pautado pelo conhecimento prévio do beneficiário sobre o quanto ele poderá vir a arcar em um período determinado. Considerando que o preço do plano moderado é menor sabe-se que no início do mês o beneficiário está em vantagem, que vai reduzindo na medida que o plano é utilizado.

295. Em algum momento pode haver uma reversão quando, em tese, a vantagem passa a ser da operadora, mas isso é uma característica inerente ao tipo de contratação que não deve ser artificialmente alterada pela regulação.

296. Contudo, a regulação não pode permitir que essa vantagem se torne de tal forma excessiva que represente um ônus exagerado para os beneficiários e, considerando a aleatoriedade do contrato e todas as discussões já ocorridas no âmbito dos grupos que debateram o tema o percentual de 100% parece o mais indicado, até porque, a limitação excessiva desse percentual importará na redução do ganho do beneficiário com uma mensalidade menor.

297. Com intuito de garantir a previsibilidade do valor que poderá vir a ser arcado pelo beneficiário recomenda-se que este seja estipulado no momento inicial da contagem do prazo, pelo que, em um prazo anual o valor deve ser obtido pela multiplicação por 12 (doze) do valor da mensalidade do primeiro mês, desconsiderando eventual reajuste que venha a ser aplicado no curso do período e que não é mensurável no momento da quantificação.

298. Em relação ao Limite de Exposição Mensal a ANS deverá se manifestar quanto a possibilidade de se permitir a cobrança de eventual resíduo nos meses subsequentes, uma vez que tal prática ocorre no mercado, sobretudo com operadoras de autogestão, mas já foi rechaçada no GT de 2013, conforme relatado no item II.3.2 deste relatório.

---

<sup>46</sup> Uma vez que dentro de um ano é quase certo que haja uma utilização devida do plano de saúde o ganho efetivo do beneficiário seria menor que os 25% da diferença nos valores de mensalidade.

299. Deve ser considerado que a norma atual não trata deste assunto e, talvez, nem a nova norma deva tratar, uma vez que seria uma regra inerente ao direito civil e não propriamente uma regra regulatória, contudo, ao estabelecer um limite para os gastos mensais e anual dos beneficiários a ANS acaba por se intrometer no equilíbrio contábil do produto, até porque, na hipótese de se vedar expressamente tal possibilidade o mercado estimará os riscos e precificará seus produtos computando e repassando suas perdas para os beneficiários.

300. Uma vez que se vislumbra efetiva vantagem para o beneficiário na cobrança diferida em relação ao que se tem normatizado hoje e que tal prática já é por vezes adotada recomenda-se permitir ou não vedar tal possibilidade. Tendo em vista, contudo, a controvérsia quanto a caracterização desta cobrança como uma operação financeira recomenda-se a manifestação da PROGE sobre este aspecto em específico.

#### IV.1.6 – EXISTÊNCIA DE PROCEDIMENTOS ISENTOS:

301. De tudo que já foi exposto neste trabalho, não há espaço para se questionar a necessidade de se estabelecer um rol mínimo de procedimentos que deverão estar isentos da cobrança de franquia ou coparticipação, seja porque inexiste risco moral em sua utilização ou mesmo porque é desejável que o beneficiário realize dentro de uma rotina de prevenção e redução de danos.

302. Outros sistemas de saúde como o Americano e o Holandês adotam isenções específicas como forma de mitigar os riscos da existência de fatores de moderação para a utilização necessária, conforme exposto no item II.1.1 e II.1.3.

303. Estudos como o RAND HIE (Artigo Científico 03), referenciado no item II.3.5 desta análise, que embora bem antigo, permanece sendo uma referência no assunto de utilização de mecanismos financeiros em planos de saúde, apontam para a direção da redução da utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários submetidos aos Mecanismos Financeiros de Regulação.

304. Suas principais conclusões são:

*De forma geral o experimento demonstrou que os participantes que tinham algum tipo de mecanismo incidindo no custo de sua assistência usaram menos os serviços em relação aos que não tinham;*

*Os mecanismos reduziram a utilização dos procedimentos mais e menos efetivos de forma igual, não afetando significativamente a qualidade da atenção à saúde recebida;*

*Em geral os mecanismos não trouxeram efeitos adversos para a saúde dos participantes, contudo a assistência gratuita (sem incidência do mecanismo) levou a melhora de alguns sintomas mais sérios. Essa melhora se concentrou nas camadas mais pobres e doentes.*

305. Ainda na análise dos estudos o Artigo Científico 37, também referenciado no Item II.3.5, obteve os seguintes resultados e conclusões:

*Resultados. Em comparação com o grupo sem coparticipação, os grupos com alta e baixa coparticipação tiveram menor*

*propensão para buscar cuidados para sintomas menos relevantes, contudo, só o grupo com alta coparticipação apresentou taxas menores de busca para sintomas mais sérios. Os três grupos, no entanto, apresentaram resultados similares quanto a sua percepção acerca da própria saúde, física e mental. Conclusões. Em uma população cronicamente doente a coparticipação reduziu a busca por cuidados para sintomas mais e menos relevantes. Apesar de não ter havido diferença quanto ao estado de saúde auto relatado os planos de saúde com coparticipação precisam ser cuidadosamente monitorados em relação a potenciais efeitos adversos pela propensão de redução do uso considerado necessário e apropriado.*

306. Os procedimentos listados pela proposta apresentada para a Consulta Pública nº 60 tomaram por base protocolos consagrados, utilizados nacional ou internacionalmente para a prevenção de doenças como alguns tipos de cânceres e diabetes.

307. Foram escolhidos os procedimentos mais utilizados para rastreamento e detecção precoce do Câncer de Mama e Câncer de Colon e Reto, cuja prevalência na população brasileira é alta e a detecção precoce aumenta consideravelmente a chance de sucesso do tratamento.

308. Escolhidos ainda exames para detecção e acompanhamento da Diabetes Mellitus, uma das doenças crônicas de maior prevalência na população, cuja falta de acompanhamento adequado pode ocasionar uma série de graves e custosas consequências para o indivíduo e, por conseguinte para as operadoras de planos de saúde e para a sociedade como um todo.

309. No Caderno de Atenção Básica – Rastreamento, publicado pelo Ministério da Saúde<sup>47</sup> há diretrizes para diversos procedimentos preventivos para os tipos de cânceres, bem como rastreamento de diabetes e que fundamentam as isenções inclusas.

310. Ressalta-se, ainda, que o próprio manual não recomenda um protocolo específico para rastreamento e detecção precoce do Câncer de Próstata, razão pela qual não consta uma isenção específica.

311. Com base neste documento foram ajustadas algumas isenções como forma de adequar aos protocolos da OMS, evitando utilização desnecessária. Que se diga, no entanto, que operadoras podem e devem observar casos específicos em sua carteira que demandem um acompanhamento mais criterioso dos seus beneficiários que se enquadram dentro de algum fator de risco não previsto genericamente, o que pode ser feito por seus programas de Promoção à saúde e Prevenção de Doenças.

312. Incluiu-se por uma questão de opção regulatória procedimentos referentes ao pré-natal, uma vez que se entende que a realização de um acompanhamento efetivo e adequado pela parturiente possibilita uma gestação mais segura, com menores riscos de apresentação de complicações que geram custos elevados.

313. Para esses procedimentos foi adotado como parâmetro principal as recomendações do Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, publicado pelo Ministério da Saúde<sup>48</sup>.

<sup>47</sup> [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)

<sup>48</sup> [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)

314. Optou-se, ainda, por incentivar o uso de determinado tipo de consulta médica em uma tentativa de direcionar a população para um modelo de saúde mais abrangente, menos focado em especialidade e mais focado na integralidade do cuidado.

315. Abaixo copia-se a lista proposta e submetida para Consulta Pública e já com algumas adequações, como a retirada de critérios subjetivos ou de difícil/impossível controle pela operadora que motivariam a isenção, como “adulto com vida sexual ativa” ou “um segundo exame na hipótese do primeiro ser positivo”:

*I – 4 (quatro) consultas realizadas com médico generalista (pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia), a cada 12 meses;*

*II – Nos exames preventivos, entendendo-se por estes por:*

- a) Mamografia – mulheres de 40 a 69 anos – 1 exame a cada 2 anos;*
- b) Citologia oncótica cérvico-uterina – mulheres de 21 a 65 anos – 1 exame por ano;*
- c) Sangue oculto nas fezes – adultos de 50 a 75 anos – 1 exame ao ano;*
- d) Colonoscopia – em adultos de 50 a 75 anos;*
- e) Glicemia de jejum – 1 exame ao ano para pacientes acima 50 anos;*
- f) Hemoglobina glicada – 2 exames ao ano para pacientes diabéticos;*
- g) Lipidograma – homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos – 1 exame/ano;*
- h) Teste HIV e sífilis, 1 exame/ano.*

*III – Nos tratamentos crônicos em qualquer número, entendendo-se estes por hemodiálise (TRS), radioterapia e quimioterapia intravenosa e oral, Hemoterapia crônica e imunobiológicos para doenças definidas nas DUTs.*

*IV – Exames do Pré-Natal, entendendo-se por:*

- a) Sorologia para sífilis, hepatites e HIV;*
- b) Ferro sérico;*
- c) Citologia cérvico-uterina;*
- d) Cultura de urina;*
- e) Tipagem sanguínea (ABO) e RH;*
- f) Toxoplasmose;*
- g) EAS;*
- h) Glicemia de jejum;*
- i) Teste de COMBS direto;*
- j) Pelo menos 3 exames de ultrassonografia, uma por volta da 11ª semana, outra por volta da 18ª semana e uma terceira entre a 34ª e 37ª semanas de gestação; e*
- k) 10 consultas de obstetrícia*

316. É verdade que beneficiários de planos com coparticipação pagam menos por estes planos e devem analisar seu próprio perfil antes de contrata-los. Contudo, o mercado de saúde suplementar apresenta algumas peculiaridades bastante significativas.

317. Em primeiro lugar, uma vez que os contratos são feitos para prolongarem-se no tempo, as condições de saúde do beneficiário não serão as mesmas após algum tempo de contratação. Sob o ponto de vista atuarial é possível para a operadora precificar seu produto levando em consideração eventual limite posto pela Agência Reguladora, contudo, essa mesma possibilidade dificilmente existirá para o beneficiário que não tem como prever com antecedência um evento incerto que afetará sua saúde e o levará a demandar mais os serviços de seu plano de saúde.

318. Outro ponto relevante diz respeito aos custos efetivos de eventual isenção, pois há uma grande dificuldade em se quantificar a economia havida pela realização de exames preventivos.

319. Relevante apontar que muitos dos exames elencados têm custos significativamente baixos para as operadoras, de forma que permitir sua realização para que os beneficiários que se enquadram na faixa indicada pelos protocolos possam controlar melhor a sua saúde, muito provavelmente, gerará no médio/longo prazo economia para a operadora.

320. De qualquer forma todos os custos advindos das isenções previstas em normativo são mensuráveis pelas operadoras no momento da precificação de seus produtos, o que afasta o risco de desequilíbrio nesses contratos, uma vez que os planos comercializados antes da vigência da norma não estarão vinculados às suas regras.

321. A isenção trazida pela norma não pode ser confundida com programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Diversas contribuições recebidas no curso da consulta pública tentavam vincular uma questão à outra. Todavia, o conceito de promoção e prevenção é bem maior que a mera existência de isenções, envolvendo políticas de indução a comportamentos desejáveis, dentre os quais pode estar o de realização de exames em caráter preventivo.

322. Por outro lado, é interessante o direcionamento dado por algumas contribuições para a possibilidade de se estabelecer isenções em produtos com ênfase em atenção primária, sendo uma possibilidade não vedada pelas normas vigentes, podendo, portanto, desde logo ser implementada por operadoras, independente de norma, o que não impede que a norma venha a reforçar a possibilidade, o que pode se mostrar como um artifício útil dentro de um contexto regulatório em que se busca uma alteração no padrão de consumo em saúde do beneficiário de planos de saúde.

323. Ademais, com fins a reduzir eventuais impactos e permitir um maior controle das operadoras de planos de saúde sobre a utilização do plano de saúde pelos seus beneficiários entende-se ser viável a disposição de regra que vincule a concessão de isenção a utilização de uma rede especificamente indicada para esta finalidade, razão pela qual se propõe tal adequação como uma das opções possíveis no cenário de isenções, sendo, ainda a opção a ser indicada pela proposta que hora se faz.

#### IV.1.7 – COMO REAJUSTAR A COPARTICIPAÇÃO/FRANQUIA:

324. A forma de reajuste dos mecanismos financeiros de regulação vem sendo tratados até o momento em paralelo com o reajuste dos planos de saúde, individuais e/ou coletivos, contudo, no curso deste grupo técnico, definiu-se como parâmetro para aplicação do reajuste nos fatores de moderação o reajuste concedido pelas operadoras aos prestadores de serviço.

325. O tema “reajuste dos prestadores de serviço” é tratado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial e foi objeto de regulamentação através da RN 364/14. Nesta RN ficou estabelecido o índice de reajuste a ser definido pela ANS para os casos em que o contrato de prestação de serviços possuísse como único critério para definição de reajuste a livre negociação das partes, quando da impossibilidade das partes firmarem um acordo.

326. A experiência acumulada durante os anos de vigência das RNs 49, 54 e 71, bem como após a vigência das RNs 363 e 364/14 permitem que se aponte que a regra do mercado é de reajustes abaixo do índice do IPCA, sendo comum, por exemplo, cláusulas que estabeleçam percentuais de índices para o reajuste.

327. Desta forma a ponderação necessária é se é válida ou não a equiparação dos reajustes aplicados para coparticipação e franquia com os reajustes de planos individuais e/ou coletivos ou se o parâmetro mais seguro seria o índice de reajuste previsto para prestadores de serviço na RN 364/14.

328. Entendendo-se que a coparticipação e franquia incidem sobre um serviço prestado pelos prestadores de serviço a lógica é a de se adotar um parâmetro que aproxime do reajuste aplicado para estes, entendendo-se, no entanto, que a relação dos valores tenha ligação direta com o preço do produto ofertado fará maior sentido manter a linha adotada nas discussões anteriores.

329. Seja qual for a hipótese é importante ressaltar que quando se tratar de percentual de coparticipação que incida diretamente sobre o valor pago ao prestador de serviço não fará sentido estabelecer um percentual de reajuste, uma vez que este ocorrerá automaticamente com o reajustamento do prestador de serviço.

330. Assim, embora sejam plausíveis ambas as alternativas, considerando a notória relação da adoção do mecanismo com a própria precificação do produto, resultando em contraprestação menor para o beneficiário, opta-se pela adoção de critério análogo ao critério de reajuste dos planos de saúde.

#### IV.1.8 – APLICABILIDADE EM PLANOS ODONTOLÓGICOS:

331. Em princípio não se observa nos planos odontológicos nenhuma característica que impeça a utilização de mecanismos financeiros de regulação para seus beneficiários, contudo há que se atentar para algumas peculiaridades dessa segmentação de produtos.

332. Inicialmente saliente-se que os planos odontológicos estão dispensados do envio de NTRP, não havendo como se propor medidas às operadoras que imponham tal obrigação.

333. Observa-se que a ANS possibilita a comercialização de produtos com regime misto de pré e pós pagamento para os planos de segmentação odontológica, e que estes teriam um rol de procedimentos que deveriam obrigatoriamente ser oferecidos em regime de pré-pagamento, sem incidência de mecanismos financeiros de regulação.

334. Considerando, portanto, que os planos odontológicos já possuem tratamento diferenciado em alguns normativos da ANS, que possui autorização para comercialização em regime misto de pós-pagamento, que traz um ônus maior que a incidência de mecanismos financeiros aos beneficiários, sem qualquer incidência de limites percentuais ou de exposição, opina-se pela distinção destes planos na norma, com o afastamento dos limites aqui propostos com fins a não inviabilizar a aplicação de mecanismos financeiros nesses produtos.

335. A adoção de critérios iguais para a segmentação odontológica não é recomendado dadas as peculiaridades desta, o que afetaria a própria efetividade da norma, que poderia alcançar resultados opostos quando comparadas com a segmentação médico/hospitalar.

#### IV.1.9 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:

336. Interessante observar que desde o início das discussões na ANS não se verificou qualquer proposta para alteração dos parâmetros de incidência dos fatores de moderação em internações psiquiátricas.



337. Em que pese a influência de um contexto da reforma psiquiátrica ocorrida entre as décadas de 90 e 00, não parece adequado o tratamento atualmente dado para a questão, uma vez que há formas menos onerosas de se inibir a utilização indevida dos recursos existentes.

338. A Lei 10.216/01 traz como direitos dos doentes mentais, em seu artigo 2º, o seguinte elenco:

*Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.*

*Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:*

*I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;*

*II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;*

*III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;*

*IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;*

*V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;*

*VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;*

*VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;*

*VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;*

*IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.*

339. Dispõe, ainda, em seu artigo 4º que: *A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.*

340. Diferentemente dos demais procedimentos médicos as internações psiquiátricas, em muitas circunstâncias, geravam uma grande violência contra o paciente, que em situações de extrema fragilidade se via forçado a viver sob regime de internação, realizada sem seu consentimento, em circunstâncias muitas vezes que desconsideravam a melhor indicação clínica.

341. Dito isso se verifica que a questão das internações psiquiátricas foge do dilema do risco moral e se insere dentro de uma escolha política que efetivamente se justifica tecnicamente, contudo merece uma melhor ponderação.

342. Quando do advento da Resolução CONSU 08/98 a ANS não trabalhava com as DUTs no rol de procedimentos, de forma que qualquer procedimento previsto como sendo de cobertura obrigatória deveria ser garantido pela operadora conforme solicitado.

343. Com o advento das diretrizes não basta a solicitação, pois em determinados casos somente haverá a obrigatoriedade de cobertura se o beneficiário se enquadrar dentro de alguns parâmetros.

344. Não se defende a liberação das internações psiquiátricas para que se retorne ao regime anterior em que o indivíduo com doença/transtorno psiquiátrico era privado da

convivência em sociedade, contudo, não parece adequado manter o acesso a internação tão restrito para o beneficiário da saúde suplementar, sendo um contra-senso uma norma que “advoga” pela vedação a existência de um “fator restritor severo” ou a necessidade do estabelecimento de limites máximos de incidência dos mecanismos de regulação permitir a existência de regra tão restritiva.

345. Desta feita a recomendação deste grupo, também com base em diversas contribuições recebidas por entidades que defendem os direitos dos consumidores, é a de igualar as regras incidentes sobre internações psiquiátricas às regras que incidem para os demais procedimentos.

346. Concomitantemente observa-se a necessidade iminente de se discutir internamente na ANS, sobretudo na DIPRO, tendo em vista sua atribuição regimental sobre elaboração e atualização do Rol de Procedimentos Mínimos, regras para a utilização de Internações Psiquiátricas que sejam, ao mesmo tempo, indutoras de boas práticas sem facilitar excessivamente o acesso de forma a prejudicar toda a fundamentação construída ao longo das últimas décadas.

347. Em razão desta discussão observa-se a necessidade de revogação de artigo 22, II da RN 428/17 que trata da incidência de fatores de moderação para este tipo específico de internação.

#### IV.1.10 – OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DE NOVOS PRODUTOS:

348. Aqui se deve avaliar a possibilidade ou não de se manter a comercialização dos produtos registrados conforme a regra vigente da Resolução CONSU 08/98 e, para tal, deve-se observar os impactos de cada opção existente.

349. A Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro traz a seguinte previsão sobre a aplicação da Lei no tempo:

*Art. 6º A Lei em vigor terá efeito imediato e geral, respeitados o ato jurídico perfeito, o direito adquirido e a coisa julgada. (Redação dada pela Lei nº 3.238, de 1957)*

*§ 1º Reputa-se ato jurídico perfeito o já consumado segundo a lei vigente ao tempo em que se efetuou. (Incluído pela Lei nº 3.238, de 1957)*

*§ 2º Consideram-se adquiridos assim os direitos que o seu titular, ou alguém por ele, possa exercer, como aqueles cujo começo do exercício tenha termo pré-fixo, ou condição pré-estabelecida inalterável, a arbítrio de outrem. (Incluído pela Lei nº 3.238, de 1957)*

*§ 3º Chama-se coisa julgada ou caso julgado a decisão judicial de que já não caiba recurso.*

350. Ou seja, pela regra do Direito Civil a norma nova aplicar-se-á de imediato aos novos contratos firmados sob sua vigência, resguardando-se aqueles atos já consolidados no ordenamento.

351. Reputa-se respeitado o ato jurídico perfeito quando a norma nova não altera as características dos produtos já comercializados, existindo um direito adquirido em relação

as regras previstas que observavam o disposto na regulamentação anterior que não vinculam, no entanto, as novas contratações.

352. Uma vez que não está se propondo a alteração compulsória dos produtos registrados, tão somente a adoção de novas regras para contratos firmados após a vigência do normativo, o entendimento é de que não se viola direito adquirido ou ato jurídico perfeito a obrigatoriedade de se enquadrar novas contratações dentro do regramento novo.

353. Insta observar também que a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 28/00, norma que trata da Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP, faculta em seu art. 6º, às operadoras a possibilidade de alteração das mesmas na hipótese de alterações “*que ocorrerem alterações nas premissas epidemiológicas, atuariais ou de custos, bem como quaisquer outras que modifiquem o Valor Comercial da Mensalidade*”.

354. Não há a obrigação de se registrar novos produtos, uma vez que as alterações propostas não alteram características essenciais do produto, não demandando alterações no registro, contudo, em observância às regras de direito existentes a aplicação da nova regra tem efeitos gerais e imediatos, sendo certo que em implicando em alterações substanciais de aspectos atuariais ou de custos deverá ser feita a adequação da NTRP.

355. Recomenda-se a adoção de proposta que permita a comercialização de produtos já registrados, contudo vincule a comercialização de novos contratos a observância da nova regra, tendo em vista Princípios Gerais do Direito.

356. Há que se pontuar que a possibilidade de se vedar a comercialização de planos já registrados gerou uma grande preocupação no mercado, com a possibilidade de obrigá-los a ter que registrar novos produtos para se valer dos mecanismos de regulação.

357. É verdade que no campo oposto, Defensoria Pública e Ministério Público do Rio de Janeiro pleitearam que a ANS obrigasse que fosse feita a adaptação de todos os produtos já comercializados.

358. Na proposta formulada pelo grupo para Consulta Pública nº 60 foi proposta a manutenção da comercialização dos produtos já registrados, sem vinculação dos novos contratos com as novas regras e, posteriormente, apresentou-se proposta em sentido oposto.

359. Em reunião com a DIPRO, realizada em 18 de agosto de 2017 foi sinalizado pela Diretoria que os impactos decorrentes da suspensão de comercialização dos produtos atuais e obrigação de registrar novos produtos seriam substanciais, não havendo condições da diretoria de suportar o aumento de demanda sem prejudicar suas atividades rotineiras.

360. Diante de tal fato, mas entendendo a necessidade de aplicação imediata das regras que aqui se propõem entende-se que o mais adequado é que se opte pela alternativa de manutenção dos registros existentes e possibilidade de comercialização desses produtos que deverão, necessariamente, observar as regras novas para novas contratações.

361. Para tanto é importante que a DIPRO manifeste-se sobre eventual impacto que vislumbra para a área com a adoção do entendimento proposto, uma vez que pode demandar a necessidade de adequação das NTRPs na forma do art. 6º, da RDC 28/00.

## **IV.2 – FORMA PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA MEDIDA REGULATÓRIA:**

362. Quando da elaboração de proposta de medida regulatória deve-se analisar a forma como a mesma deverá ser implementada.

363. Dada a complexidade do tema e a necessidade de se lidar com um normativo existente que deverá se manter em vigor em razão de tratar de outros temas não relacionados ao tema em análise, a proposta para implementação consiste em:

364. Editar nova Resolução Normativa que revogará parcialmente a Resolução CONSU 08/98 nos pontos em que esta norma dispõe sobre mecanismos financeiros de regulação;

365. Definir no novo normativo uma norma de transição que preveja a aplicação dos artigos da Resolução CONSU 08/98, mesmo após sua revogação, para os contratos firmados durante a sua vigência, uma vez que a regra jurídica é a do *tempus regit actum*.

366. Questão relevante é a análise da Súmula 07/05 da Diretoria Colegiada, que estabelece algumas vedações que parecem incompatíveis com as propostas trazidas por esta norma, uma vez que impedem ou limitam de forma severa a utilização dos mecanismos de financeiros de regulação como instrumentos para gerenciamento da demanda pela utilização dos serviços.

367. Ao analisar o dispositivo da Súmula verifica-se a seguinte regra:

*A proposta de implementação pelas operadoras de mecanismos que estimulem o não uso, pelos beneficiários, das coberturas do plano de assistência à saúde contratado, por meio de desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra prática análoga, é vedada pelo inc. VII do art. 2º da Resolução Consu nº 8/98, por constituir-se fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados.*

368. Não se vislumbra impedimento para que os mecanismos de regulação sejam utilizados para a adoção de boas práticas pelos beneficiários e, com isso, resultem em benefícios como descontos na mensalidade, sendo este um instrumento que pode ser utilizado para além da norma de coparticipação e franquia, inclusive em programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.

## **IV.3 – ANÁLISE DOS IMPACTOS INTERNOS:**

369. A proposta de alteração dos Mecanismos Financeiros de Regulação também tem potencial para gerar uma série de impactos dentro da estrutura da ANS que precisarão ser mapeados.

370. No âmbito da DIDES, poderá gerar impactos na estrutura de Produção de Informação, com a necessidade da leitura de dados e análise de variáveis, especialmente em se considerando eventuais informações coletadas para fins de monitoramento.

371. Esse impacto poderá se estender à estrutura responsável pela coleta e análise dos dados do TISS; uma vez que o sistema passa a ser mais demandado para análise de dados para subsídio da regulação setorial.

372. Impactará, ainda, a estrutura do ressarcimento ao SUS, uma vez que a incidência de fatores de moderação é uma das causas possíveis de impugnação por parte das operadoras de planos de saúde.

373. Haverá impacto eventual na área de TI, que será maior ou menor a depender da escolha feita acerca da forma de monitoramento e implementação do normativo, uma vez que poderá ser necessária a alteração em sistemas como o do TISS, SIF e NTRP.

374. Vislumbra-se impacto sobre a DIFIS, uma vez que novos normativos tendem a gerar maiores dúvidas, especialmente às operadoras, que terminam por descumpri-los com uma frequência maior.

375. É esperado que haja um aumento no número de atendimentos decorrentes de uma nova normatização. Contudo se faz necessário analisar eventuais impactos positivos advindos de uma pacificação do tema, com a definição de parâmetros hoje inexistentes que geram riscos, inclusive, de ocorrência de decisões conflitantes.

376. A DIFIS seria especialmente beneficiada com a definição de um parâmetro seguro para se utilizar quando da necessidade de se definir o que seria um “Fator Restritor Severo”, que retirasse da análise de denúncias eventuais critérios subjetivos de determinado órgão da ANS.

377. O aumento de consultas seria, em parte, repartido com a área técnica da DIDES que auxiliaria a DIFIS a responde-las através da aplicação SIF-Relacionamentos. A tendência é que em pouco tempo a maioria das demandas seja resolvida em fase de atendimento, gerando impacto reduzido para as áreas de análise.

378. Há dificuldade de estabelecer impacto numérico em relação as demandas de Fiscalização. Em pesquisa pelo SIF Consultas foram localizadas perto de 3000 demandas com a palavra-chave “coparticipação” (Figura 13); outras 530 com o termo “co-participação” (Figura 14) e 152 com o termo “franquia” (Figura 15), no período compreendido entre 01/01/2017 e 14/11/2017

The screenshot shows the ANS SIF Consultas interface. At the top, there's a header with the ANS logo and 'Sistema Integrado de Fiscalização - SIF'. Below it, a search bar is visible with 'Consumidor - Consulta' selected. The search criteria include 'Demanda' (31/08/17), 'Assessoria' (31/08/17), 'Data Inicial' (01/01/2017), and 'Data Final' (14/11/2017). The search results are displayed in a table with columns: ID, Data, Nome, Endereço, Cidade, Estado, and Status. The table shows 2931 records. The first few rows are:

ID	Data	Nome	Endereço	Cidade	Estado	Status
317847	31/08/17	ANA ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	RUA DE SANTANA	SÃO PAULO	SP	Atendimento Cancelado
317848	31/08/17	UNIMED OESTE DO PARANÁ S.A.	RUA DE SANTANA	SÃO PAULO	SP	Atendimento Cancelado
317849	31/08/17	UNIMED OESTE DO PARANÁ S.A.	RUA DE SANTANA	SÃO PAULO	SP	Atendimento Cancelado

The table continues with many more rows, all showing 'Atendimento Cancelado' status. At the bottom, it says 'Total: 2931 registros'.

FIGURA 13



83

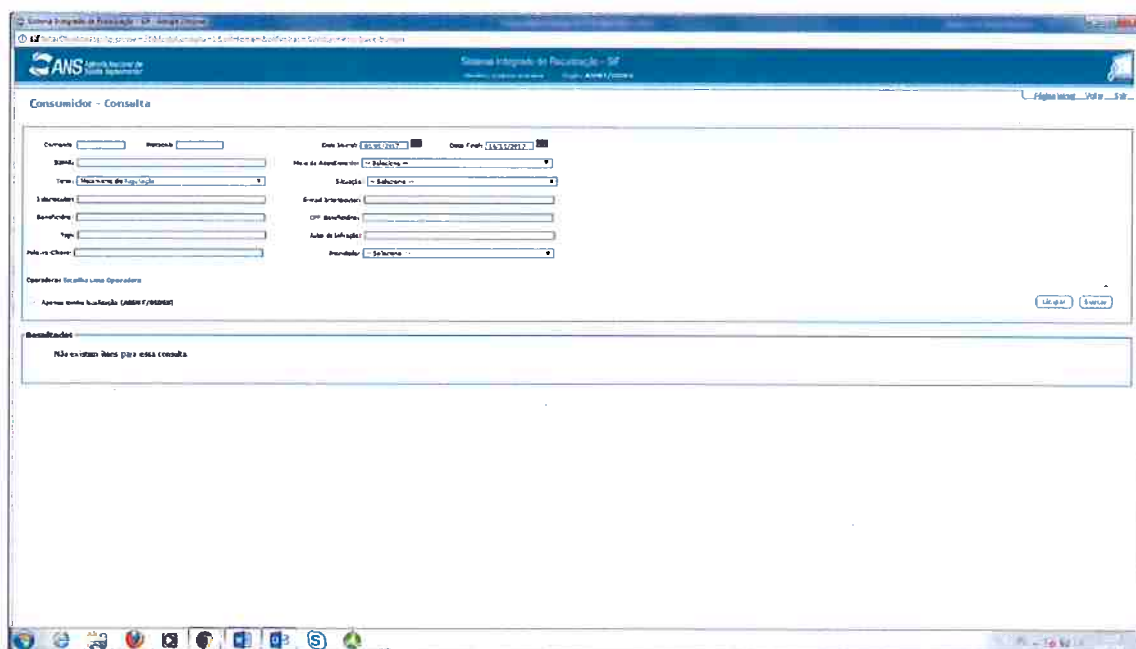


FIGURA 16

380. Outro fator que dificulta a mensuração de impactos para a DIFIS está na existência de uma proposta que inova a metodologia de trabalho da Diretoria, sendo difícil mensurar impactos dentro de um sistema que ainda não foi implementado.

381. Deve-se considerar que a norma não está criando novos tipos infrativos, o que reduz o impacto na fiscalização, mantendo a penalização para eventual descumprimento em tipo já existente, especificamente o artigo 71 da RN 124/06<sup>49</sup> ou em novo tipo a ser proposto em norma que a substitua.

382. Vislumbra-se relevante impacto na DIPRO, que, contudo, é minimizado pela adoção da regra de manutenção da comercialização dos produtos já registrados, uma vez que entendimento contrário suspenderia, de imediato, a comercialização de mais de 15.000 produtos registrados, o que também teria impactos na Fiscalização, pelo incremento no risco de se verificar a infração de comercialização de produtos sem registro na ANS.

383. Ainda assim, haverá impacto pela necessidade que surgirá de adequação nas NTRPs tendo em vista que as novas regras, embora não alterem as características essenciais dos produtos, que por isso poderão permanecer ativos e comercializados, poderão gerar alterações substanciais nos critérios atuariais e nos custos do produto, conforme dispõe a RDC 28/00.

384. A DIPRO ainda será impactada pela necessidade de suas Gerências revisarem/estabelecerem as Diretrizes de Utilização para Internações Psiquiátricas, além de compatibilizar o rol de isenções desta norma ao Rol de Procedimentos da ANS, conforme atribuição regimental.

385. Em relação a DIOPE vislumbra-se possibilidade de impacto com eventual previsão de norma permissiva referente ao acúmulo de resíduos para cobranças

<sup>49</sup> Art. 71. Deixar de cumprir as regras previstas na legislação ou no contrato referentes à adoção e utilização dos mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde:



posteriores em razão do atingimento de limite de exposição financeira que venha a se prever, o que acarretaria em alteração de critérios contábeis.

#### **IV.4 – DEFINIÇÃO DOS PARÂMETROS PARA MONITORAMENTO:**

386. Optando-se pela elaboração de normativo a ser aplicado para os contratos firmados a partir de sua vigência, é importante que a ANS disponha de meios para monitorar o comportamento do mercado em relação a estes, bem como àqueles já comercializados, promovendo uma comparação entre os contratos.

387. Um instrumento apto a ser utilizado é a Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP, tendo em vista disposição da RDC 28/00 que prevê possibilidade de adequação da mesma pela alteração de aspectos atuarias e de custos em relação ao produto. Assim, o primeiro critério para monitoramento seria a observância dos pedidos de alteração feitos para estas NTRPs, analisando-se qual o impacto da nova norma nos produtos já registrados, devendo-se criar um indicador para este fim.

388. Paralelamente deve-se observar novos registros de produtos, comparando-os com os registros já existentes quanto a aspectos relacionados ao valor dos produtos.

389. Deve-se observar através do Sistema de Informação de Beneficiários o número de beneficiários que aderiram a planos moderados pós vigência da nova norma, para que a ANS tenha a dimensão sobre o alcance da mesma, o que se fará com a verificação da data de adesão destes em um produto registrado como moderado.

390. Para fins de monitoramento, acrescente-se, a ANS já dispõe das informações enviadas através do Padrão TISS, que desde dezembro de 2016 recebe das operadoras o valor despendido por elas para o custeio dos serviços prestados, bem como eventual valor que recebem dos beneficiários a título de coparticipação e franquia.

391. Sugere-se, desta forma, a utilização de informações do TISS para realização de monitoramento, com o intuito de verificar qual o valor médio de franquia e coparticipação praticados pelo mercado, podendo esse valor constar do painel de precificação ou outro documento a ser divulgado periodicamente.

392. Ademais, deverá haver o acompanhamento dos impactos junto a DIFIS, recomendando-se que seja inserido campo temático específico para “Mecanismos Financeiros de Regulação” para que se identifique com a seleção de um único campo todas as demandas existentes. Tal demanda não seria prioritária, contudo geraria um benefício para o monitoramento, bem como serviria de subsídio para as próprias ações fiscalizatórias, por tornar mais fácil a visualização de um problema.

393. Sinalize-se que tal proposta impactará o setor de informática que terá que adequar o sistema para o recebimento de dados novos e impactará a GEPIN quando for extrair a informação. Insta observar que uma vez a informação passa a existir ela pode ser demandada via e-sic, podendo gerar demanda de cidadãos para divulgação das bases, pelo que se sugere, desde já o estabelecimento de um padrão de dados abertos para divulgação das informações que não estejam resguardadas pelo sigilo.

394. Sinteticamente os aspectos que se pretende monitorar são:

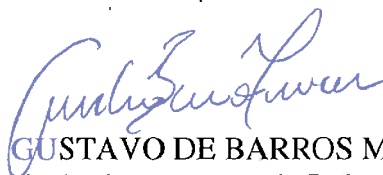


O que se pretende Monitorar	Como se pretende fazer	O que se pretende obter
Impacto do novo normativo na precificação dos produtos.	Quantificação dos pedidos de alteração das NTRP após a vigência da nova norma	Impactos no mercado. Monitorar o alcance da norma nova no mercado da saúde suplementar
Comparação de preço de venda dos produtos antes e depois da publicação da regra nova.	Utilizando-se do painel de precificação divulgado pela ANS.	
Percentual de produtos ativos e comercializados com Mecanismos Financeiros de Regulação registrados durante a vigência da regra nova	Análise de novos registros de produtos realizados após a vigência da norma em comparação com os produtos já registrados;	
Número de beneficiários vinculados aos contratos na vigência de ambas as normas	Análise do SIB;	
Proporção de registros novos utilizando o mecanismo financeiro de regulação denominado franquia	Análise de novos registros de produtos realizados após a vigência da norma.	Verificar se novas regras de franquia possibilitaram a efetiva utilização do mecanismo.
Monitorar a utilização dos serviços de saúde conforme a existência ou não de Mecanismo Financeiro no contrato.	Utilizando-se dos dados do TISS é possível monitorar a frequência de utilização de produtos com e sem coparticipação/franquia	Comparação na utilização de serviços de saúde dos beneficiários vinculado aos planos com e sem coparticipação/franquia, bem como avaliar a eficácia das isenções previstas pela norma.
Monitorar se há maior incidência de rescisão por inadimplência em produtos com coparticipação/franquia	Através de cruzamento das bases do SIB e RPS	Verificar se planos moderados oneram demasiadamente seus beneficiários ao ponto de não conseguirem mantê-los.
Monitorar o número de demandas abertas na fiscalização sobre o tema, bem como monitorar	Monitoramento via SIF	Verificar a necessidade de adequações no normativo através dos problemas gerados para

autuações feitas com base no artigo 71 da RN 124/06 ou outro artigo que venha a substituí-lo		a fiscalização do ente regulador. Verificar se eventuais inobservâncias da norma decorrem de algum vácuo normativo ou de má compreensão da norma demandando maiores esclarecimentos ao mercado.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem prejuízo de outros critérios que possam ser incluídos quando da efetiva elaboração do relatório.</li> </ul>		

## V. CONCLUSÃO:

395. Em razão do exposto e fundamentado, encaminha-se o presente Relatório de Impacto Regulatório à Dicol para fornecer subsídios técnicos a esta instância deliberativa com intuito de apreciar a proposta apresentada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial.



**GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA**  
Gerente-Executivo de Aprimoramento do Relacionamento entre Prestadores e Operadoras - GERAR  
Diretoria de Desenvolvimento Setorial



**RODRIGO RODRIGUES DE AGUIAR**  
Diretor de Desenvolvimento Setorial

# ANEXO - QUADRO RESUMO DAS PROPOSTAS APRESENTADAS:

PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO	CENÁRIOS	MEDIDA RECOMENDADA COM JUSTIFICATIVA	Pags.
<p><b>AUSÊNCIA DE DEFINIÇÃO QUANTO À NATUREZA DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO.</b></p> <p>A ausência de definição da natureza destes dificulta sua utilização e a interpretação quanto a incidência ou não de direitos e obrigações previstos na Lei 9.656/98</p>	<p>Os mecanismos financeiros de regulação podem ser definidos, quanto a sua natureza, de 3 (três) formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mecanismo exclusivamente voltado para o cofinanciamento;</li> <li>- Mecanismo exclusivamente voltado para mitigação da incidência do risco moral;</li> <li>- Fator de moderação de uso como uma proposta intermediária.</li> </ul>	<p><b>Fator de moderação de uso</b> Verifica-se que a Lei define que os Mecanismos Financeiros são Fatores de Moderação de Uso, sendo o pagamento de parcela dos custos do procedimento realizado a forma como se instrumentaliza a moderação do uso e a mitigação do risco moral o limite ao qual está submetido.</p>	56 - 62
<p><b>ESTABELECIMENTO DE PROCEDIMENTOS ISENTOS DO PAGAMENTO DE MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO:</b></p> <p>Atualmente os mecanismos incidem em qualquer procedimento, ainda que notoriamente não sejam passíveis de utilização excessiva. Ademais, não são utilizados para indução de boas práticas.</p>	<p>Os dois cenários propostos são o de incidência em todos os procedimentos listados no Rol da ANS ou a previsão de elenco de procedimentos isentos, seja pela inocorrência de risco moral ou mesmo pela possibilidade de se induzir boas práticas assistenciais de prevenção pela via da norma regulatória.</p>	<p><b>Previsão de isenções específicas, afastando a incidência em procedimentos que notoriamente não apresentem risco moral, bem como em procedimentos de caráter preventivo.</b></p> <p>A previsão de procedimentos específicos sobre os quais não incidam os mecanismos reduzem os riscos de os mesmos inibirem utilização necessária do plano de saúde. Tendo em vista as competências técnicas e regimentais da DIPRO, solicita-se o auxílio desta diretoria para</p>	73 - 76

		adequação da nomenclatura utilizada no elenco de isenções proposto por este relatório de AIR ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.	
<b>COMO APLICAR AS ISENÇÕES:</b> Isenções são necessárias, mas a forma de incidência destas deve ser aplicada com o intuito de induzir boas práticas assistenciais para gerenciamento da demanda por serviços de saúde.	- Prever a possibilidade de a operadora definir a rede que prestará atendimento ligado às isenções propostas. - Impedir que a operadora preveja uma rede específica para realização do atendimento.	<b>Prever a possibilidade de a operadora definir a rede que prestará atendimento dos procedimentos e serviços de saúde isentos da cobrança de mecanismos financeiros de regulação.</b> Esta opção induz a realização de procedimentos e eventos em saúde preventivos desejáveis acompanhamento das condições de saúde dos beneficiários, bem como permite a realização daqueles cuja incidência de risco moral esteja afastada, ao mesmo passo que possibilita o melhor gerenciamento dos serviços de saúde utilizados pelo beneficiário, evitando-se sua utilização indiscriminada e desorganizada.	73 - 76
<b>DEFINIÇÃO DE GRUPO DE PROCEDIMENTOS</b> A norma prevê a possibilidade de cobrar a coparticipação por grupo de procedimentos, sem,	- Definir grupos de procedimentos de forma a limitar as opções das operadoras - Não definir de forma a permitir que as operadoras estabeleçam	<b>- Não definir de forma a permitir que as operadoras estabeleçam seus próprios agrupamentos, a partir de critérios</b>	65 - 71

contudo, trazer uma definição de quais seriam esses grupos.	seus próprios agrupamentos.	<b>técnicos, baseados em protocolos e diretrizes.</b> Existem diversos critérios que podem ser utilizados para definição de grupo de procedimentos e a opção é por não limita-los por norma, permitindo um agrupamento conforme valor, espécie ou outro critério, desde que não vedado pela norma.	
<b>POSSIBILIDADE DE PREVER VALORES E PERCENTUAIS DISTINTOS, CONFORME O CASO, PARA GRUPOS DE PROCEDIMENTOS, CONSIDERANDO A COMPLEXIDADE E OS CUSTOS ENVOLVIDOS:</b> Em proposta anterior a ANS já propôs que o próprio normativo trouxesse uma distinção, contudo esse tema deixou de ser abordado nas discussões posteriores.	- Não permitir diferenciação para grupos de procedimentos, considerando complexidade e custos envolvidos; - Trazer essa divisão dentro do próprio normativo; - Não trazer a previsão no próprio normativo, mas permitir que a operadora estabeleça os grupos de procedimentos e os percentuais incidentes conforme seus critérios.	<b>Não trazer a previsão no próprio normativo, mas permitir que a operadora estabeleça os grupos de procedimentos e os percentuais incidentes conforme seus critérios.</b> A opção sugerida é a de dar maior liberdade para a formulação de produtos pelas operadoras, uma vez que existem diversas formas de agrupamento possíveis de serem feitas, inclusive diferenciando-se quanto ao percentual incidente. Saliente-se que foi prevista vedação sobre o agrupamento por doenças/patologias, uma vez que se mostra um critério potencialmente discriminatório.	67 - 71

<p><b>INTERPRETAÇÃO DO ART. 1º DA LEI 9.656/98: CONCEITO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE A SER PAGA INTEGRAL OU PARCIALMENTE ÀS EXPENSAS DA OPERADORA</b></p> <p>A CONSU 08/98 prevê um conceito para franquia, bem como possibilita sua aplicação. Contudo, ao vedar a possibilidade de o beneficiário custear integralmente o valor de um procedimento específico acaba por limitar demasiadamente ou inviabilizar a utilização do mecanismo</p>	<p>Como consequência lógica da opção acima apontada aparece a necessidade de análise deste tópico. As opções regulatórias apresentadas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manutenção da interpretação vigente pela qual é vedada a possibilidade de o beneficiário vir a arcar com os custos integrais de um procedimento específico, dada a interpretação da Lei 9656/98</li> <li>- A mudança da interpretação vigente permite uma conceituação mais técnica da franquia, uma vez que não traz a limitação que inviabilize sua utilização.</li> </ul>	<p><b>A mudança da interpretação vigente permite uma conceituação mais técnica da franquia, uma vez que não traz a limitação que inviabilize sua utilização.</b></p> <p>O entendimento defendido é de que houve uma interpretação equivocada do conceito adotado pela CONSU 08/98 e que embasou toda a interpretação feita até hoje, pelo que passa a adotar uma interpretação mais aberta, condizente com o restante da Lei 9.656/98</p>	<p><b>62-65</b></p>
<p><b>CONCEITOS DISTINTOS PARA COPARTICIPAÇÃO e FRANQUIA</b></p> <p>A norma atualmente em vigor conceitua franquia de forma diversa da coparticipação, mas estabelece vedação que inviabiliza a aplicabilidade da primeira. Em discussões anteriormente travadas em grupos eu trataram da matéria, aventou-se a possibilidade de serem iguais os conceitos de ambos os institutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adotar conceitos que não traziam diferenças efetivas entre coparticipação e franquia, tal qual proposto pelos grupos anteriores que discutiram o tema;</li> <li>- Adotar conceitos que privilegiariam a efetiva diferenciação dos mecanismos, observando a forma como a franquia e a coparticipação são utilizadas em outros mercados, inclusive internacionais.</li> </ul>	<p><b>Adotar conceitos que privilegiariam a efetiva diferenciação dos mecanismos, observando a forma como a franquia e a coparticipação são utilizadas em outros mercados, inclusive internacionais.</b></p> <p>Uma vez que a não utilização da franquia foi abordado como um problema a ser tratado pela regulação, fez-se necessário definir o que seria a franquia. No caso em análise o entendimento é que o principal problema para diferenciar os mecanismos não estava no conceito da</p>	<p><b>62-65</b></p>

		<p>CONSU 08/98, mas na vedação prevista pela norma em relação a eventual cobertura integral dos procedimentos, pelo que os conceitos não diferem muito daqueles trazidos pela Resolução CONSU 08/98.</p> <p>Conceitos propostos:</p> <p>A Coparticipação é o valor efetivamente pago pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde.</p> <p>A Franquia é o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.</p>	
<p><b>IDENTIFICAÇÃO DOS LIMITES PERCENTUAIS DA COPARTICIPAÇÃO. AUSÊNCIA DE LIMITE NA NORMA VIGENTE</b></p> <p>A CONSU 08/98 não traz limite percentual para a coparticipação, de forma</p>	<p>- manter uma previsão genérica sem estabelecer um limite percentual;</p> <p>- Adotar um percentual específico com finalidade de deixar o normativo claro para todos</p>	<p><b>Adotar um percentual específico com finalidade de deixar o normativo claro para todos.</b></p> <p>A opção de estabelecer na norma um limite para a</p>	<p><b>67-70</b></p>

que trabalha com um conceito indeterminado de “Fator Restritor Severo”.		cobrança de coparticipação permite maior controle social e traz mais segurança para todas as partes, reduzindo riscos, sobretudo para os beneficiários.	
<p><b>COMO PREVER A COPARTICIPAÇÃO E O PERCENTUAL LIMITE</b></p> <p>A discussão sobre o percentual máximo de coparticipação possível ocupou boa parte das discussões e a existência de um suposto parâmetro estabelecido pela ANS acabou gerando interpretações equivocadas quanto a existência de um limite que estaria sendo flexibilizado pela nova norma.</p>	<p>Para este tema trabalha-se com dois cenários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o estabelecimento de diversos percentuais refletindo tipos distintos de planos, conforme proposto pelo GT de 2015;</li> <li>- O estabelecimento de um percentual máximo único aplicável para todos os planos;</li> </ul>	<p><b>O estabelecimento de um percentual único aplicável para todos os planos.</b></p> <p>Adotou-se a proposta de um percentual máximo único, a fim de permitir uma maior variedade de produtos no mercado, o que atende a uma maior quantidade de perfis de consumidor. O limite foi fixado em 40% em razão da observação do cenário internacional, bem como pela avaliação de todas as propostas feitas pela ANS. O entendimento é de que estabelecer percentual acima deste valor tende a transferir os riscos do contrato excessivamente para o beneficiário.</p>	67-70
<p><b>LIMITE PERCENTUAL DE 40%</b></p> <p>Diversas discussões já foram feitas na ANS, com o percentual oscilando entre 10% para internações até 60% em alguns casos excepcionais. As discussões havidas na Câmara Técnica de Mecanismo de Regulação e nos GTs mais recentes</p>	<p>Como alternativas apresentamos as propostas já feitas pela ANS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em 2006-2010 a ANS propôs percentuais que iam de 10% até 60% nos casos em que havia previsão do limite de 30%, em planos empresariais sem</li> </ul>	<p><b>- Atualmente se trabalha com o percentual de 40%, sem previsão de bandas.</b></p> <p>A coparticipação não pode ter um valor muito reduzido, sob pena de não cumprir seu papel de fator de moderação do uso, ao mesmo tempo não</p>	67 - 71



propuseram percentuais que iam até 50% e 40% respectivamente.	<p>contribuição fixa do beneficiário.</p> <p>- Em 2012 a proposta foi a de adotar percentual de 50% para todos os procedimentos;</p> <p>- Em 2015 a proposta foi de adotar 3 tipos de planos, um com coparticipação variando de 0-20, outro de 20-30 e um terceiro de 30-40.</p> <p>- Atualmente se trabalha com o percentual de 40%, sem previsão de bandas</p>	<p>pode ser tão elevado ao ponto de inibir a utilização necessária. O entendimento é que o limite proposto, em conjunto com o limite de exposição financeira é apto a proteger o beneficiário ao mesmo tempo que permite uma boa margem para as operadoras se valerem dos mecanismos financeiros para gerenciamento de sua demanda.</p>	
<p><b>FORMAS DE INCIDÊNCIA DA COPARTICIPAÇÃO</b></p> <p>A norma atual não prevê uma forma de incidência da coparticipação, o que, em diversas ocasiões, ensejou a aplicação de interpretações distintas e até mesmo divergentes pela ANS, como, por exemplo, quando se manifestou no sentido de a coparticipação só poder incidir sobre o valor praticado pela operadora com sua rede de serviços, o que afastaria a possibilidade de adoção de tabelas referenciais</p>	<p>- Definir como hipótese de incidência a aplicação direta sobre as diversas tabelas praticadas, o que garantiria efetivamente a observância do limite de 40% estabelecido na norma;</p> <p>- Permitir também a utilização de tabelas de referência como forma de facilitar a compreensão da norma, com o percentual incidindo no valor real ou na tabela referencial</p>	<p><b>Permitir também a utilização de tabelas de referência como forma de facilitar a compreensão da norma, com o percentual incidindo no valor real ou na tabela referencial, além de permitir a aplicação de valores fixos sobre os procedimentos ou grupos de procedimentos.</b></p> <p>Admitir exclusivamente a utilização das tabelas reais praticadas com cada prestador dificulta a compreensão da norma, bem como aumenta o ônus administrativo da adoção de mecanismos.</p>	65 - 67
<b>TIPOS DE FRANQUIA</b>	- Foram selecionados dois tipos de franquias na	<b>Conceito de franquias</b>	62-65

Atualmente a franquia é muito pouco adotada em razão das limitações previstas em norma, ademais há uma dificuldade de enquadramento dos planos de saúde nas hipóteses de franquia previstas no ordenamento.	norma por entender serem específicos e claramente distintos das formas de coparticipação previstos. Um dos tipos propostos se assemelha a franquia adotada no cenário internacional (deductible/excess), ao passo que o outro tipo incide sobre o acesso do beneficiário ao sistema	<b>acumulada assemelhando-se ao deductible e conceito de franquia que incide sobre o acesso do beneficiário ao sistema.</b> Busca-se introduzir uma modalidade já conhecida no mercado de planos de saúde, bem como se prevê nova modalidade cuja forma de incidência leva em conta o acesso do beneficiário ao sistema, sendo certo que um acesso pode envolver diversas coberturas.	
<b>LIMITE DE EXPOSIÇÃO FINANCEIRA</b> Não há limitação na norma, com o beneficiário tendo que arcar integralmente com os valores de coparticipação previstos, independente do montante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não estabelecimento de limite;</li> <li>- Prever o limite somente em contrato;</li> <li>- Prever o Limite no próprio normativo.</li> <li>- Possibilidade de se afastar a existência de limites em planos com reduzido percentual de coparticipação por procedimentos.</li> </ul>	<b>- Prever o Limite no próprio normativo.</b> Necessária a previsão de teto para evitar o risco catastrófico para o beneficiário, sendo certo que o mesmo será levado em conta para precificação do produto, não havendo prejuízo para a operadora. Deverá estar no próprio normativo	<b>71 - 73</b>
<b>LIMITE DE EXPOSIÇÃO FINANCEIRA E FRANQUIA</b> A franquia estaria englobada no limite de exposição financeira proposto?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir, para franquia, a previsão de limite em contrato, não vinculado ao limite de exposição financeira.</li> <li>- Permitir, para a franquia, a previsão de limite em contrato, limitado ao limite de exposição financeira previsto na norma.</li> </ul>	<b>Permitir, para a franquia, a previsão de limite em contrato, limitado ao limite de exposição financeira previsto na norma.</b> Especialmente para a modalidade de franquia que acumula	<b>71 - 73</b>

		valores ao longo de um período de 12 meses, faz-se necessária a previsão de um limite na norma tendo em vista maior proteção trazida aos beneficiários. Que se observe o estabelecimento de teto é adotado em outros países, notadamente nos EUA em seus High Deductible Health Plans.	
<b>COBRANÇA DIFERIDA DE VALORES EXCEDENTES</b> Trata-se de uma prática do mercado de cobrar valores de coparticipação diferidas no tempo. Atualmente é mais praticada por autogestões que descontam em folha e estão submetidas aos limites previstos para este tipo de cobrança.	- vedar a cobrança de valores que superarem os limites previstos para o mês nos meses subsequentes; - <b>Permitir a cobrança de valores que excederam o limite mensal nos meses subsequentes.</b>	<b>Permitir a cobrança de valores que excederam o limite mensal nos meses subsequentes.</b> Ignorar os valores excedentes ao limite poderá implicar em repasse maior de despesas potenciais para a parcela fixa da mensalidade. A opção é que seja possível a cobrança diferida desde que dentro do limite anual. Para tal opção recomenda-se manifestação da PROGE, uma vez que há questionamento acerca da legalidade dessa proposta que poderia vir a configurar uma operação financeira vedada pelo ordenamento.	71 - 73
<b>PAGAMENTO DIRETO AO PRESTADOR:</b> Na Consulta Pública nº 60 houve grande número de	- Possibilidade de pagamento direto ao prestador	- <b>Vedação de pagamento direto ao prestador</b>	65 - 67

manifestações pleiteando a vedação. Tal vedação já fora debatida em outros GTs que discutiram o tema na ANS	- Vedação de pagamento direto ao prestador	A ANS já adota esse entendimento em normas como a RN 59/03, ademais, entende-se que a relação jurídica do beneficiário se dá com a operadora e não com o prestador de serviço.	
<b>INCIDÊNCIA DO MECANISMO DE REGULAÇÃO NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM PRONTO-SOCORRO</b> Discute-se a ponderação sobre a inexistência de um risco moral em atendimentos prestados em pronto socorro X a adoção de um modelo assistencial demasiadamente voltado para a alta complexidade.	- Vedar a incidência dos Mecanismos em razão da presunção de inexistência de risco moral; - Não vedar a incidência, tendo em vista que há a necessidade de se buscar um modelo de atenção à saúde menos voltado para os prestadores de alta complexidade.	- <b>Não vedar a incidência, tendo em vista que há a necessidade de se buscar um modelo de atenção à saúde cujo acesso de dê através do nível primário/básico de atenção, menos voltado para acesso direto a prestadores especializados, de média e alta complexidade.</b> Não dá para se falar, diante da realidade atual observada, que os atendimentos em pronto-socorro são isentos de risco moral. Ademais, observa-se uma utilização excessiva deste ao passo que as medidas regulatórias que vem sendo adotadas pela ANS visam fomentar justamente uma maior utilização dos profissionais generalistas para realização dos atendimentos à saúde dos beneficiários.	65 - 67
<b>ESTABELECE EM CASOS DE INTERNAÇÃO, FATOR</b>	- Manter a vedação prevista pela Resolução CONSU 08/98, com a	- <b>Acabar com a vedação específica, tendo em vista que o</b>	65 - 67

<p><b>MODERADOR EM FORMA DE PERCENTUAL</b></p> <p>Atualmente se trata de uma vedação prevista em norma, contudo discute-se se a vedação é realmente necessária diante da existência de um limite de exposição financeira que protege o beneficiário de riscos catastróficos.</p>	<p>coparticipação incidindo somente em valores fixos para internações;</p> <p>- Acabar com a vedação específica, tendo em vista que o beneficiário já está respaldado pelo Limite de Exposição Financeira.</p>	<p><b>beneficiário já está respaldado pelo Limite de Exposição Financeira.</b></p> <p>Uma vez que a razão para a existência dessa vedação parece ser a existência de risco para o beneficiário de ter que arcar com um ônus excessivo nas internações, o afastamento deste por outra previsão torna a vedação desnecessária, sendo uma intervenção indevida na liberdade.</p>	
<p><b>COMO SE DARÁ A APLICAÇÃO DE REAJUSTE PARA OS FATORES DE MODERAÇÃO</b></p> <p>Atualmente a norma trata o reajuste da coparticipação/franquia da mesma forma que trata o reajuste dos planos de saúde</p>	<p>- Parametrizar o reajuste de tabelas de referência e franquia aos reajustes concedidos aos prestadores, uma vez que a coparticipação/franquia incidem na utilização, pelo que se propõe a utilização do IPCA</p> <p>- Manter a lógica vigente em que há uma parametrização com os reajustes dos produtos, uma vez que os valores de coparticipação e franquia tem impacto direto nas mensalidades dos planos de saúde.</p>	<p><b>- Manter a lógica vigente em que há uma parametrização com os reajustes dos produtos, uma vez que os valores de coparticipação e franquia tem impacto direto nas mensalidades dos planos de saúde.</b></p> <p>Ressalta-se que esse reajuste incide em tabelas e franquia, não incidindo quando do estabelecimento de percentuais sobre valores reais.</p>	<p><b>76 - 77</b></p>
<p><b>APLICABILIDADE EM PLANOS ODONTOLÓGICOS:</b></p> <p>Não há norma específica, aplicando-se, atualmente, as regras da resolução CONSU 08/98, contudo reconhece-se a existência de particularidades deste segmento.</p>	<p>- Uma vez que não apresenta um impedimento específico, para manter um padrão na norma, adotar as mesmas regras para segmentação médica ou odontológica.</p>	<p><b>- Adotar regramento específico considerando as peculiaridades do segmento.</b></p> <p>A adoção de regras idênticas para planos odontológicos faria a mesma incidir de forma</p>	<p><b>77</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adotar regramento específico considerando as peculiaridades do segmento.</li> </ul>	<p>desproporcional nestes, considerando que estes já gozam de algumas regras específicas, como a possibilidade de comercializar planos com financiamento misto e isenção de NTRP.</p> <p>A proposta é que os limites percentuais para coparticipação e limite de exposição financeira não incidam em planos odontológicos.</p>	
<p><b>INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS</b></p> <p>As normas existentes são restritivas e precedem a existência de Diretrizes de Utilização no Rol editado pela ANS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manutenção das regras vigentes;</li> <li>- Aproximação das regras da internação psiquiátrica com as regras gerais para internação.</li> </ul>	<p><b>Aproximação das regras da internação psiquiátrica com as regras gerais para internação</b></p> <p>A manutenção das regras vigentes, importaria, por si só, em um fator restritor severo ao acesso dos beneficiários que necessitam do serviço.</p> <p>É certo que a adoção de novo entendimento pode tornar necessária a implementação e/ou a revisão de DUTs para evitar o internamento desnecessário do beneficiário, mantendo-se dentro do contexto trazido pela Lei 10.216/11, o que poderá ser feito pela DIPRO, na forma e no prazo adequados.</p>	77 - 79

<p><b>OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DE NOVOS PRODUTOS:</b></p> <p>Definir quais os produtos serão regulados pela norma nova em observância dos Princípios Gerais do Direito</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidência das regras previstas em produtos já registrados, sem necessidade de novos registros, limitados aos novos contratos feitos sob sua vigência.</li> <li>- Incidência das regras previstas em produtos já registrados, sem necessidade de novos registros, retroagindo suas regras aos contratos já comercializados.</li> <li>- Suspender comercialização dos produtos já registrados tornando compulsória a necessidade de registro de novos produtos.</li> </ul>	<p><b>- Incidência das regras previstas em produtos já registrados, sem necessidade de novos registros, limitados aos novos contratos feitos sob sua vigência.</b></p> <p>Trata-se da opção que melhor concilia custos e benefícios, incluindo os impactos para a própria ANS.</p>	<p><b>79 - 81</b></p>
<p><b>REVOGAÇÃO DA SÚMULA 07/05</b></p> <p>“A proposta de implementação pelas operadoras de mecanismos que estimulem o não uso, pelos beneficiários, das coberturas do plano de assistência à saúde contratado, por meio de desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra prática análoga, é vedada pelo inc. VII do art. 2º da Resolução Consu nº 8/98, por constituir-se fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manutenção da Súmula Normativa;</li> <li>- Revogação da Súmula.</li> </ul>	<p><b>- Revogação da Súmula.</b></p> <p>Entende-se que a previsão trazida pela súmula impede a utilização de mecanismos financeiros como ferramenta de gerenciamento pelas operadoras limitando, inclusive, medidas potencialmente benéficas aos beneficiários, como concessão de descontos.</p>	<p><b>81</b></p>

