

Relatório de Análise de Impacto Regulatório

Mecanismos Financeiros de Regulação – Coparticipação e Franquia

Março de 2017

Assessoria Normativa - ASSNT

Diretoria de Desenvolvimento Setorial



CONTEXTUALIZAÇÃO:

O Código de Proteção e Defesa do Consumidor, Lei 8078/90 está perto de completar 30 anos, mas no mercado dos planos de saúde ainda sofremos com o déficit informacional, com a dificuldade de se saber o que está sendo comercializado, suas regras. Ponto que ilustra bem isso é o funcionamento dos Mecanismos Financeiros de Regulação.

Atualmente metade dos beneficiários de planos de saúde do país está em planos coparticipativos, ou seja, aqueles planos em que, além da mensalidade, em regra com um valor um pouco inferior, o beneficiário arca com um valor referente aos procedimentos utilizados no período.

Contudo, apesar disso, não existem regras claras sobre o funcionamento destes, suas características e seus limites. O regramento, datado de 1998, apresenta apenas regras genéricas que acabam sendo complementadas por Notas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que gera insegurança no mercado.

A Lei 8078/90 traz as seguintes previsões:

Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

A proposta que se coloca em debate envolve diretamente os temas: transparência, informação adequada e educação para o consumo.

Transparência porque as regras precisam ser claramente postas para dar segurança não só aos consumidores, mas também a todos os *players* do mercado, sejam operadoras, consumidores ou prestadores de serviço.

Informação adequada e clara porque os consumidores precisam saber exatamente aquilo que estão adquirindo e como aquilo repercutirá em suas vidas.

Educação para o consumo porque deve estar claro para o consumidor que seu comportamento como consumidor tem muito mais influência sobre os preços do que ele poderia supor sem ter um conhecimento pleno dos aspectos econômicos que envolvem o setor em questão.

Neste sentido a ANS vem trabalhando para, cada vez mais, dotar os beneficiários/consumidores de planos de saúde das informações de que necessitam para que possam começar a fazer diferença e reverter o quadro crônico de assimetria informacional que imperou durante muito tempo neste mercado.

Vale destacar a edição da RN 389/16 que trouxe a obrigatoriedade das operadoras disponibilizarem o PIN-SS, que consiste no repositório de informações individualizadas relativas ao beneficiário, titular ou dependente do plano privado de saúde, em área específica e restrita do portal da operadora e abarca uma área cadastral e outra área assistencial, na qual a operadora deve disponibilizar dados de assistência do beneficiário, inclusive os custos oriundos da utilização de seus planos.

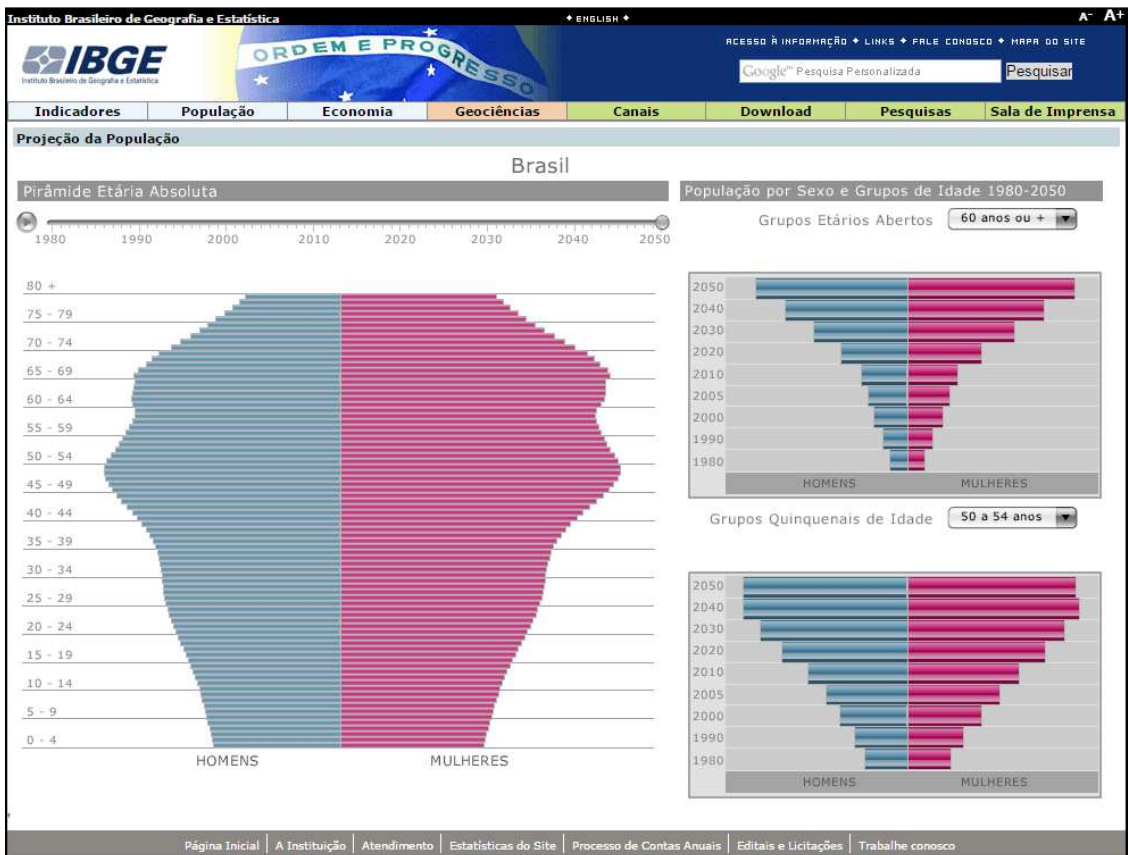
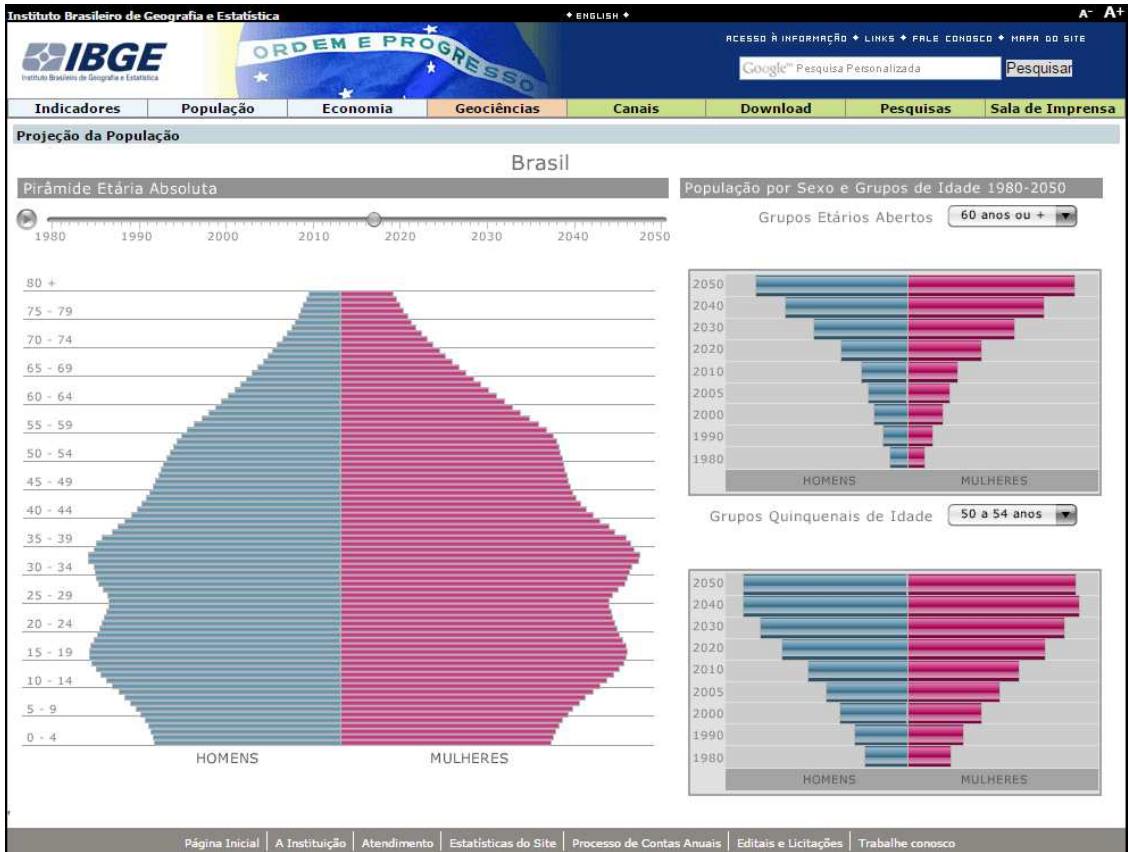
Nesta mesma norma foi prevista a obrigatoriedade das operadoras de disponibilizarem o extrato pormenorizado, contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste conforme cláusula contratual ou estabelecido em negociação, o que permite melhor controle dos consumidores sobre os reajustes aplicados nos planos coletivos, que passaram, então a poderem ser auditados por qualquer um.

À época das discussões do normativo citado o corpo técnico da Agência Nacional de Saúde Suplementar apresentou pleito para que os dados referentes a cobrança de coparticipação fossem incluídos no PIN-SS, algo que naquele momento não foi possível operacionalizar, eis que seria uma alteração muito radical em cima do que era praticado, o que geraria ainda mais dificuldades para implementação da norma, com possível judicialização por parte das operadoras, que argumentavam que os dados assistenciais, se individualizados, gerariam violação a direitos fundamentais de sigilo quando envolvessem divulgação de valores pagos pelas operadoras aos prestadores de serviço.

Superada a questão entendemos que já há um maior amadurecimento do mercado com relação ao tema, sendo o momento oportuno para apresentar um normativo que, além de estabelecer regras claras sobre uma questão ainda nebulosa em nossa regulação, dê grande enfoque ao campo informacional, fazendo com que o beneficiário de plano de saúde tenha maiores condições de não apenas fiscalizar o comportamento de sua operadora de planos de saúde, mas também de se policiar quanto ao seu próprio comportamento.

Ademais, incumbe ao Regulador enxergar o mercado para adiante de seu próprio tempo, o que nos leva a preocupação sobre a inversão da pirâmide etária brasileira e a consequente cisão do pacto intergeracional, uma vez que estima-se que, em 2050, o percentual da população nas faixas etárias mais elevadas superará aquele mais novo, com uma redução da camada populacional considerada “economicamente ativa” e um enorme crescimento da população idosa (vide gráficos abaixo que trazem as pirâmides etárias do Brasil no ano de 2017 e a projeção feita para o ano de 2050)¹, colocando em risco a sustentabilidade do setor, sobretudo para as gerações mais novas que não teriam quem sustentasse seus gastos com saúde quando envelhecessem, pois é bom lembrar que o sistema pauta-se pela solidariedade, em que o beneficiário que paga uma mensalidade e faz uma utilização reduzida de seu plano de saúde irá sustentar a utilização daquele que paga a mensalidade e utiliza muito e neste aspecto não se diferencia se a sobreutilização é necessária ou deriva da falta de esclarecimento com consequente desperdício.

¹ http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm



DAS DISCUSSÕES NO ÂMBITO DA ANS:

A ANS discute o tema há algum tempo e nos processos 33902.527905/2012-60 e 33902.270680/2015-15 chegou a formular propostas para regulamentação do assunto. As propostas não diferem muito em sua essência, pois focam na regulamentação do assunto através da limitação do valor de coparticipação e franquia (quando admitida) a um percentual. Passamos a destacar alguns pontos de cada proposta.

Em 2013, através da Nota nº 43/2013/GGEFP/DIPRO/ANS a área técnica apresentou proposta de minuta para tratar do assunto. Teve-se como premissa que era possível ampliar os limites impostos por uma Nota Técnica desde que garantida a transparência e a compreensão do que estava sendo contratado por parte do consumidor.

Estabelecia que a franquia e a coparticipação diferiam-se sobretudo pelo fato da primeira ser estabelecida por valor fixo, em moeda e a segunda em percentual e o limite dos mesmos não poderia ultrapassar 50%; que a tabela referência deveria ser divulgada no site da operadora e ainda limitava o pagamento a título de coparticipação e franquia a 50% da contraprestação pecuniária, da última faixa, na data de contratação do plano.

A proposta também trazia algumas vedações e isenções de incidência da coparticipação/franquia e com relação ao reajuste trazia como parâmetro os índices de reajuste da ANS ou o índice negociado entre as partes para planos coletivos.

Com relação a franquia a área técnica previu a possibilidade de duas espécies de franquia e acabou por fazer consulta à Procuradoria para que essa se manifestasse sobre o conceito da “integralidade” da cobertura, contudo o Parecer 414/2013/GECOS/PROGE conclui que:

Pelo exposto, considerando a previsão do inciso I, art. 1º da Lei 9656/98, 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).

A segunda proposta adveio de Grupo Técnico originado da Portaria 02/2015/DIPRO, que após discussão definiu dois cenários que consistiam em estabelecer um limite percentual único para os procedimentos ou um limite que variaria de acordo com a tipologia do plano, existindo 3 tipos, com coparticipação/franquia até 20%, entre 20 e 30% e entre 30 e 40%.

Esse grupo partiu da premissa do parecer da PROGE de que o conceito de cobertura deveria ser considerado de forma restritiva, a cada procedimento, pelo que já limitou excessivamente sua análise de cenários no início de seu trabalho. Entendeu, ainda, que o conceito de franquia não poderia ser equiparado ao conceito aplicado no mercado securitário por trazer prejuízos aos beneficiários, sobretudo aqueles com baixa renda e portadores de doenças crônicas.

Outro aspecto preocupante dessa proposta é que não deixa clara a natureza da quantia paga a título de coparticipação e franquia, o que geraria problemas na aplicação da norma. A própria conceituação de Mecanismos Financeiros daria margem a uma interpretação de que os mesmos seriam uma forma do beneficiário cofinanciar o plano de saúde, o que não nos parece ser uma boa opção regulatória:

Mecanismos de Regulação Financeiros (Fator Moderador) são mecanismos de participação financeira do beneficiário em cada evento ou procedimento por ele realizado, em forma de franquia ou coparticipação.

Essa omissão na definição da natureza dos mecanismos gera insegurança jurídica, na medida em que não é possível definir pela leitura da norma alguns direitos e obrigações dela derivadas, como a possibilidade de incidência dos artigos 30 e 31 ou da rescisão unilateral do contrato na forma do art. 13, parágrafo único da Lei 9656/98.

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.

O grupo técnico que discutiu a proposta se reúne desde 14/7 tendo realizado 5 (cinco) reuniões no período. **Todas transmitidas ao vivo pelo aplicativo Periscope e disponíveis para toda a sociedade no youtube e no site da ANS, área de participação da sociedade.**

Esforço neste nível para garantir a transparência e a participação social na elaboração de uma proposta nunca ocorreu dentro da ANS, sendo este processo um divisor de águas entre como se dava a regulação antes e como se dará após. Mais que atender a aspectos formais sobre notas e documentos a serem produzidos a Administração Pública como um todo deverá se adaptar as inovações que o século XXI está trazendo, sobretudo no campo da transparência, participação e controle social.

Perto de 100 entidades, empresas e organizações estiveram presentes nas reuniões, conforme verifica-se da leitura das listas de presença publicadas no site da ANS. Dessas, recebemos contribuições 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.

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.

Em 14/07/16 as apresentações consistiram em:

1. Carla de Figueiredo Soares Carla 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. 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.

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.

Em 31/10/2016 a Diretora de Desenvolvimento Setorial fez sua apresentação expondo as contribuições até então recebidas pelo GT para o tema.

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.

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.

Representante da FENASAÚDE apresentou, por fim, estudo sobre os impactos da utilização de Mecanismos Financeiros conforme literatura existente.

Em 14/02/2017 a Diretora de Desenvolvimento Setorial apresentou minuta já com a análise das contribuições feitas pelos participantes do GT.

DE ONDE PARTIMOS?

Ao começarmos a discutir o tema no GT Interáreas tínhamos um rol de problemas elencados pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos, a saber:

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, a saber:

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: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Co-participação; ➤ 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

Diante de todo esse contexto o grupo começou a discutir e se entendeu que a limitação do conceito de cobertura trazido pelo parecer da PROGE dificultava excessivamente a utilização do mecanismo de franquia, que seria o melhor mecanismo financeiro de regulação para a formatação de planos que focassem a cobertura do alto risco, entendido por esse aquele risco incidente sobre a utilização de procedimentos de alto custo financeiro.

Ao se debruçar sobre o tema a Diretoria de Desenvolvimento Setorial entendeu que o Parecer 414/2013/GECOS/PROGE traz uma interpretação dentre duas que são possíveis na leitura do artigo, contudo, diante da análise de toda norma e da amplitude da cobertura garantida pelo Art. 10 da Lei 9656/98 preferiu adotar, após análise de cenários exposta mais adiante neste documento, um conceito mais amplo de cobertura, que passou a possibilitar a previsão de diferentes tipos coparticipação e franquia, que de outra forma, não seriam possíveis, conforme passamos a discorrer nos parágrafos que se seguem.

O art. 1º, I traz a seguinte previsão:

*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 expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;***

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:*

O Mecanismo Financeiro está previsto como dispositivo que deve constar dos contratos, quando existentes, na norma do art. 16.

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

Sem se considerar a possibilidade de a cobertura ser entendida na forma do artigo 10, qual seja, que contempla tratamento para as doenças listadas na CID-10, a aplicação da franquia nos planos de saúde e principalmente nos planos odontológicos fica extremamente limitada. Até por esse motivo temos hoje um número reduzidíssimo de planos com franquia registrados na ANS, conforme se atesta da apresentação feita pela Diretora de Normas e Habilitação de produtos em 22/11/2017, durante reunião do GT.

Em se restringindo muito o conceito de cobertura aos procedimentos praticamente se inviabiliza a aplicação de franquia mesmo no caso de internações, o que talvez explique o problema apontado pela Diretora-Adjunta da DIPRO em sua apresentação no dia 14/07/16, pois ao se desmembrar uma internação poderíamos entender perfeitamente que a franquia incidiu sobre determinado procedimento realizado dentro daquele grupo. Esse problema poderia ocorrer ainda que a norma previsse expressamente que as internações seriam consideradas um único evento, pois poder-se-ia entender que essa previsão estaria ultrapassando os limites impostos pela lei.

Como vemos tal interpretação é extremamente restritiva e não traz segurança que supostamente quer se conferir ao beneficiário, uma vez que termina por limitar a incidência de mecanismos àqueles previstos pelas propostas anteriormente postas, quais sejam, a coparticipação com limites percentuais variáveis.

Compatibilizar franquia e cobertura impõe a interpretação ampla do conceito de cobertura, caso contrário seria desnecessária, até supérflua a previsão de franquia na Lei, pois seria um mecanismo natimorto.

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.

Há que se destacar que a ANS, por intermédio da DIDES, vem trabalhando com a revisão dos modelos vigentes de remuneração, 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 riscos em relação a sustentabilidade do setor, 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.

Acrescente-se, pois, que fechar uma interpretação por ser supostamente mais favorável para o consumidor nem sempre terá esse efeito positivo buscado, uma vez que se faz necessário analisar todos os efeitos da medida e não apenas o efeito imediato buscado. A possibilidade de se prever produtos com muito maior flexibilidade para utilizar um mecanismo financeiro que traga incentivos para o uso consciente do plano de saúde tende a trazer ao consumidor um maior leque de produtos para que possa escolher conforme seu perfil.

A proposta a ser colocada para análise deve focar não só a melhor aplicação dos recursos gastos com assistência à saúde, com redução de desperdícios ocasionados pelo uso incorreto dos planos de saúde, mas também na maior disponibilidade de produtos com características diversas, sendo assim mais customizáveis para que atendam os mais variados perfis de consumo existentes.

MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO NO MUNDO:

Analisando os dados de sinistralidade do setor vemos que os mesmos estão muito elevados, razão pela qual o estabelecimento de uma norma que busque reduzir a incidência do risco moral ou, em outras palavras, induzir o uso correto e consciente dos planos de saúde pelos beneficiários, termina por atender as necessidades do mercado como um todo, entendendo-se este como o conjunto que compreende empresas, beneficiários e prestadores de serviço. Sinistralidade alta importa em preços mais altos e riscos maiores para os consumidores. Quando o desperdício é minimizado espera-se que a sinistralidade também se reduza.

Taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2013-2015)									
Modalidade	2º Tri 2014	3º Tri 2014	4º Tri 2014	1º Tri 2015	2º Tri 2015	3º Tri 2015	4º Tri 2015	1º Tri 2016	2º Tri 2016
Operadoras médico-hospitalares	83,5%	83,3%	84,5%	84,3%	84,6%	84,9%	84,6%	81,6%	84,8%
Autogestão	91,5%	90,7%	90,5%	91,2%	91,4%	93,4%	96,2%	85,5%	91,7%
Cooperativa médica	83,0%	82,6%	84,0%	84,1%	84,8%	85,2%	83,6%	81,2%	84,0%
Filantropia	80,5%	79,4%	79,0%	79,6%	78,2%	79,2%	76,7%	75,2%	79,5%
Medicina de grupo	81,9%	82,2%	82,0%	81,5%	81,5%	80,8%	80,3%	78,1%	81,0%
Seguradora especializada em saúde	82,3%	82,5%	85,7%	85,1%	85,4%	85,6%	86,3%	85,2%	87,7%

Operadoras exclusivamente odontológicas	45,2%	45,4%	45,8%	45,2%	45,6%	46,2%	46,8%	43,6%	47,4%
Cooperativa odontológica	61,1%	61,3%	60,9%	59,6%	60,2%	61,3%	62,5%	60,2%	62,6%
Odontologia de grupo	41,6%	41,8%	42,2%	41,7%	42,1%	42,5%	42,4%	39,7%	43,8%
Fonte: DIOPS/ANS/MS - 05/09/2016									
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2016									
Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.									

Em sua apresentação no GT Interáreas o representante da operadora CAPESESP trouxe dados de sua operadora que demonstram que a existência de Mecanismos Financeiros bastou para inibir o uso do plano de saúde, não importando qual o percentual do mecanismo, sem que se detectasse prejuízo para a saúde do beneficiário.

Em sua apresentação traz ainda tabela aposta no estudo RAND HIE que apresenta leitura similar, havendo maior impacto entre a frequência de utilização quando sai de 0 para 25% de coparticipação que quando vai de 25 até 95%², contudo há que se ponderar a diferença do tipo de mecanismo aplicado em cada um dos planos, não dando para analisar os percentuais sem levar tal fato em consideração.

Table 1: Summary of RAND HIE Findings					
Sample Means for Annual Use of Medical Services Per Capita, By Plan					
<i>(standard errors in parentheses)</i>					
	Free Care	25%	50%	95%	Individual Deductible
Probability of Any Medical (%)	86.8 (0.82)	78.8 (1.38)	77.2 (2.26)	67.7 (1.76)	72.3 (1.54)
Face-to-Face Visits (#)	4.55 (0.17)	3.33 (0.19)	3.03 (0.22)	2.73 (0.18)	3.02 (0.17)
Outpatient Expenditures (1984 \$)	340 (10.9)	260 (14.7)	224 (16.8)	203 (12.0)	235 (11.9)
Probability of Any Inpatient Admissions (%)	10.3 (0.45)	8.4 (0.61)	7.2 (0.77)	7.9 (0.55)	9.6 (0.55)
Total Admissions (#)	0.128 (0.0070)	0.105 (0.0090)	0.092 (0.0116)	0.099 (0.0078)	0.115 (0.0076)
Inpatient Expenditures (1984 \$)	409 (32.0)	373 (43.1)	450 (139)	315 (36.7)	373 (41.5)
Total Expenditures (1984 \$)	749 (38.7)	634 (52.8)	674 (143.5)	518 (44.8)	608 (46.0)

Notes: All standard errors are corrected for intertemporal and intrafamily correlation. Dollars are expressed in June 1984 dollars. Visits are face-to-face contacts with M.D., D.O., or other health providers; excludes visits for only radiology, anesthesiology, or pathology services. Visits and expenses exclude dental care and outpatient psychotherapy.

Source: Willard Manning et al. *Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment*. February 1988, Table 4.1, p.19. Permission granted by the RAND Corporation, Santa Monica, CA.

² Nos planos com coparticipação de 25% havia um limite máximo de US\$ 1.000,00 de gasto “out of pocket” anual, ou seja, despesas por conta do segurado. Nos planos com 95% de coparticipação esta incidia sobre gastos de até US\$ 150,00 individual ou US\$ 450,00 para a família, fora do ambiente hospitalar.

Importante observar que esse estudo RAND HIE, embora bem antigo, permanece sendo uma referência no assunto de utilização de mecanismos financeiros em planos de saúde, não havendo uma pesquisa similar em um contexto nacional.

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.³

Ainda na análise dos estudos temos o artigo intitulado **Effects of Cost Sharing on Care Seeking and Health Status: Results From the Medical Outcomes Study⁴**, que dividiu sua amostra em 3 grupos⁵ e 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.

Essa percepção é compartilhada por nós, pelo que a proposta a ser apresentada deve trazer rol de isenções para garantir que medidas preventivas não deixem de ser tomadas pelos beneficiários em razão da coparticipação ou franquia, bem como doentes em tratamentos crônicos não sejam ainda mais penalizados por suas condições de saúde.

Acerca do percentual adotado a leitura é de que quanto mais alto o percentual maior o risco de gerar uma desassistência pela inibição do uso necessário. Paralelamente há que

³ The Health Insurance Experiment A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate

⁴ Publicado no American Journal of Public Health | November 2001, Vol 91, No. 11, por Mitchell D. Wong, MD, PhD, Ronald Andersen, PhD, Cathy D. Sherbourne, PhD, Ron D. Hays, PhD, and Martin F. Shapiro, MD, PhD

⁵ Grupo sem coparticipação sendo aquele em que a seguradora arca com todo o custo da assistência; Coparticipação baixa sendo o grupo em que a seguradora arca com mais da metade dos custos e Coparticipação alta quando a seguradora arca com a metade ou menos da metade dos custos de assistência.

se observar que percentuais muito baixos também não atingem o objetivo de reduzir o uso desnecessário.

Embora os estudos não tenham encontrado resultados relevantes quanto ao agravamento da saúde dos beneficiários de planos com coparticipação eles apresentam alguns alertas que não devem nem podem ser ignorados.

Coparticipações altas comprovadamente reduziram a busca pelo cuidado quando do surgimento de sintomas sérios e por isso entendemos que devem ser evitadas e, mais que isso, justificam a existência de uma medida limitativa na norma que deve estar abaixo de 50% e acima de 25% do valor do procedimento.

Prosseguindo com a análise temos os dados de 2012 levantados dos estudos da OCDE - **Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que demonstram que a coparticipação é adotada 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 prevendo nesta proposta a ser apresentada não é uma invenção brasileira, existindo países que cobram valores fixos, irrisórios ou não, até países que trazem cobranças em percentual. Ademais, outra questão a se analisar é que alguns países em que incidem mecanismos financeiros esses são aplicados na saúde pública prestada à população.**

Nas tabelas abaixo temos, 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.

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 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 co-pagamento.

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

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.	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.	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.	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.	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).

Ireland	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.
Israel	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 th fund.	Copayment of approximately NIS 25 (USD 6.38) once every quarter.
Italy	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.
Japan	Co-insurance of 30% of costs*	Co-insurance of 30% of costs
Korea	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.
Luxembourg	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.
Mexico	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.
Netherlands	No cost sharing once the general deductible is met (EUR 350).	No cost sharing once the general deductible is met (EUR 350 = USD 420).
New Zealand	Average cost-sharing is estimated at 30%, with a range of copayments depending on practice type and patient status.	No cost-sharing.
Norway	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
Poland	Free at the point of care.	Free at the point of care.
Portugal	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).
Slovak Republic	n.a.	n.a.
Slovenia	20% cost-sharing.	15% cost-sharing.
Spain	Free at the point of care	Free at the point of care
Sweden	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
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.		
http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm		

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.	
http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm	

Verifica-se que a utilização dos Mecanismos é altamente difundida entre as nações, cada qual com suas particularidades, com uma grande presença da figura do Co-Seguro, que tem a função de minimizar os custos de quem presta o serviço, em geral o próprio Estado repassando-os para uma seguradora.

Em um breve panorama dos dados apresentados temos 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 €18,00p/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; Co-seguro 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: Co-pagamento 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: Co-pagamento 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: Co-pagamento 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.

Dos modelos adotados vê-se em larga escala a utilização do Copagamento e Coparticipação. Sem discutir a natureza destes no mundo os colocaremos 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.

Tal mecanismo é mais comum em consultas simples e com especialistas, mas também se encontra prevista para internações em alguns países.

Para a realidade brasileira entendemos ser bastante arriscado a adoção da coparticipação em internações, sobretudo quando expressas em percentuais, dada a aleatoriedade do evento, o impacto financeiro sobre o beneficiário derivado dos altos custos e a própria condição sócio-econômica do país, uma vez que não estamos no nível da maioria dos países da OCDE, tendo uma renda per capita de cerca de R\$ 14.700,00/ano⁶ contra cerca de US\$ 30.000,00/ano⁷ dos países membros.

A franquia (Deductible) aparece em alguns países, sendo certo que consideramos um mecanismo que se adequa bem a situação específica das internações, mas não apenas. Nada impede que a franquia seja estabelecida por procedimentos ou grupo de procedimentos, pelo que não vemos razão para limitar a possibilidade de incidência da franquia.

Como nos países analisados é comum que a divisão ocorra com o próprio Estado, que é o principal financiador dos serviços de saúde, os valores acabam sendo mais baixos, contudo há exemplos em que os valores cobrados chegam a ultrapassar 50% do valor do procedimento.

Considere-se que um plano com coparticipação ou franquia apresenta, em regra, menor sinistralidade, o que gera uma redução nos valores fixos mensais a serem pagos pelos beneficiários.

⁶http://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2016.pdf

⁷ <http://www.oecdbetterlifeindex.org/pt/quesitos/income-pt/>

Ainda em se tratando de custos que incidem sobre o beneficiário pode-se destacar que o valor a ser custeado por ele não tem como base o custo do procedimento quando feito de forma particular, ou seja, através do desembolso direto, pelo que também representa uma economia para o beneficiário e para o próprio setor de saúde.

Nesse contexto parece-nos de suma importância que eventual norma trate de focar na questão da transparência das informações sobre custos dos procedimentos e valores que deverão ser arcados pelos beneficiários sob risco de gerar um problema ainda mais grave de assimetria de informação no setor.

Sob o aspecto operacional, para o beneficiário, dependendo do nível de utilização do plano de saúde, os planos com Mecanismos poderão representar grande economia no orçamento, mas é certo que não é todo tipo de beneficiário que possui perfil que se enquadre em um plano coparticipativo/com franquia.

Ademais, qualquer que seja a proposta, esta deve prever de isenções, algo que se observa também no cenário internacional, para que determinadas situações não ocasionem a cobrança aos beneficiários.

DA DISCUSSÃO SOBRE O CONCEITO:

A definição de um instituto é um ponto essencial para a elaboração de uma boa análise de impacto e posteriormente de uma boa regulação, desta forma é necessário que se chegue ao ponto da análise em que é possível se estabelecer uma definição que dê segurança, tanto para quem está fazendo a análise quanto para aqueles que posteriormente se incumbirão de aplicar os conceitos propostos.

Isso porque, dependendo do parâmetro que se escolhe para se conceituar um instituto podemos acabar com um universo infindável de interpretações que simplesmente impossibilitam a elaboração de cenários e mesmo a aplicação eficiente da medida regulatória.

Da análise do caso concreto concluímos que o melhor parâmetro para início da análise de cenários seria definir os Mecanismos Financeiros por sua própria natureza, mas para mostrar como chegamos a esta conclusão desenvolvemos três cenários que ainda não são cenários de impacto, mas que nos ajudarão a formular uma proposta sobre o tema.

CENÁRIO 1 – MANUTENÇÃO DA REGRA VIGENTE – INDEFINIÇÃO DA NATUREZA DO MECANISMO NA NORMA:

O cenário vigente gera grandes ineficiências em todo o setor. Inicialmente a falta de uma definição da natureza dos institutos inibe não só a oferta de produtos com tais características como a própria criação dos mesmos, reduzindo a possibilidade de escolha dos beneficiários a poucos produtos, que muitas vezes não se adequam ao seu perfil de utilização do Plano de Saúde.

Ao nos depararmos com o regramento atual percebemos o quanto ele é vago e dependente de interpretações subjetivas para serem aplicadas. Ele precede, inclusive, a existência da Agência Nacional de Saúde Suplementar, sendo uma das únicas Resoluções CONSU ainda em vigor:

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", 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", 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;

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

Atualmente a discussão resume-se ao percentual de coparticipação admitido pela regulação, havendo um limite previsto, mas não disposto em norma, de 30% a 40%, dependendo de quem analise a questão, contudo entendemos que essa discussão deve ser

muito mais ampla do que isso, levando em conta diversos outros fatores como a indução de qualidade.

Há, ainda, uma indefinição sobre regras que faz com que operadoras acabem abusando dos Mecanismos como forma de maximizar lucros, uma vez que estipulam coparticipação em cima de tabelas que podem levar em conta valores de referência muito acima daqueles que são pagos aos credenciados pela prestação de serviços sem que os beneficiários sequer tenham conhecimento dessas tabelas. Nesse sentido recebemos algumas denúncias recentes em que a parcela cobrada a título de coparticipação para o beneficiário superava em muito o valor pago para a prestação do serviço.

Questão contraditória na norma atual também pode ser constatada quando não se permite a utilização dos valores pagos em coparticipação e franquia para fins de configuração dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, pois não se trata de cofinanciamento, por outro lado não admite a incidência de uma franquia que represente custeio integral de um procedimento, praticamente inviabilizando a aplicação deste mecanismo no “baixo risco”, desconsiderando que a natureza desta não parece ser a de financiar, mas de inibir o mal uso.

Com quase 20 anos de CONSU 08/98, o fato de ainda persistirem dúvidas e de inexistir uma grande variedade de produtos disponibilizados, demonstra que a norma se encontra obsoleta, sendo bastante arriscado sua manutenção, ainda que seguida de notas, entendimentos e súmulas, pois estas não confeririam a segurança jurídica necessária para a disponibilização de produtos no mercado, dado que tal tema é controverso e passível de ser judicializado.

Desta forma entendemos que a manutenção do cenário vigente não atende os fins da regulação, não contribuirá para o aumento da oferta de planos para diversos perfis de consumidor, tampouco será capaz de por si só aumentar a quantidade e a qualidade das informações disponíveis à sociedade em geral.

A manutenção do status quo, pelo contrário, aumentará a insegurança jurídica e contribuirá para o cenário de pasteurização dos produtos oferecidos no mercado, que entre outras coisas contribui para a extinção de determinados tipos de produtos.

Ressalte-se que atualmente o entendimento que vigora é o de que esses mecanismos são mitigadores do risco moral, contudo, por não estar expresso, pode vir a ser alterado sem a necessidade de se passar por um processo normativo com ampla participação da sociedade.

CENÁRIO 2 – DEFINIÇÃO DO MECANISMO COMO COFINANCIAMENTO POR PARTE DO BENEFICIÁRIO:

Alternativa aventada nas reuniões do Grupo de Trabalho foi a de considerar efetivamente os Mecanismos Financeiros de Regulação como forma de cofinanciamento do plano pelos beneficiários, que passariam a repartir os riscos do negócio com a própria operadora.

Tal alternativa apresenta vantagens e desvantagens para ambas as partes, mas traria uma consequência extrema para o beneficiário que seria a possibilidade de rescisão unilateral do contrato quando da inadimplência da parcela devida pela aplicação dos mecanismos.

Essa desvantagem supera em muito a vantagem que teria para esse grupo de se considerar esse pagamento para fins de concessão dos direitos do artigo 30 e 31 da Lei 9656/98, uma vez que gera um risco extremo para os beneficiários de planos individuais, sendo uma

forma possível de seleção adversa, por exemplo, pela emissão de faturas separadas gerando confusão nos beneficiários que podem vir a deixar de pagar a parcela de coparticipação.

No caso da aplicação dos artigos 30 e 31 a própria interpretação da lei deixa evidente o enquadramento, uma vez que concede o direito para todos os beneficiários que participam de seu custeio.

Ademais, ao colocarmos como conceito que os Mecanismos Financeiros teriam natureza de cofinanciamento tecnicamente não haveria justificativa para que fosse colocado na norma um rol de isenções, uma vez que pouco importaria ao conceito se o uso encontrasse respaldo em indicações e protocolos ou se feito de forma indiscriminada e aleatória.

Como consequência também poderíamos citar que tenderia a gerar uma acomodação do mercado que teria menores incentivos para melhorar sua eficiência se já soubesse que seus beneficiários, além da mensalidade, ainda cofinanciavam o pagamento referente as despesas assistenciais. Na prática toda a responsabilidade recairia de alguma forma ao beneficiário, o que feriria a isonomia e a própria natureza aleatória/securitária do contrato de planos de saúde.

CENÁRIO 3 – DEFINIÇÃO DO MECANISMO COMO MITIGADOR DO RISCO MORAL:

Definir o Mecanismo Financeiro de Regulação como um instrumento para mitigar o risco moral tem de imediato o efeito de afastar a parcela paga a título deste do custeio do plano de saúde, ou seja, não se pode utilizar o pagamento para fins de enquadramento nos artigos 30 e 31 da lei, mas, tampouco, possibilita que um contrato seja rescindido pelo não pagamento desta parcela.

Igualmente se afasta, ainda que possível interpretação em contrário, da limitação legal que impede que determinados procedimentos sejam integralmente custeados pelos beneficiários, pois no caso específico esse valor, embora “banque” integralmente um procedimento, tem a finalidade de evitar o uso desnecessário do plano de saúde, impondo um pequeno pagamento pelo acesso ao serviço prestado⁸.

Permite-se, pois, o oferecimento de uma gama muito maior de produtos do que hoje se possibilita, uma vez que torna muito mais factível a utilização do mecanismo da franquia e mesmo da coparticipação em algumas formas que atualmente podem ser entendidas como vedadas pela legislação.

Essencial, no entanto, que essa abertura que se propõe seja acompanhada de ampla divulgação de todas as informações pertinentes aos consumidores, caso contrário haverá um agravamento do problema com o crescimento da assimetria de informação no setor.

Analisando-se o aspecto da eficiência, portanto, ao se garantir a possibilidade de se ampliar a oferta de produtos, desde que atentos a necessidade de divulgação das informações, estaremos garantindo o melhor funcionamento, com menos custos e mais concorrência, trazendo benefícios ao próprio consumidor, que terá a sua disposição produtos diversificados que melhor se amoldarão ao seu perfil.

⁸ Ressalte-se que entendemos que a melhor interpretação sob o ponto de vista técnico é de que a extensão da cobertura colocada no art. 1º, I, da Lei 9656/98 deve ser a dos procedimentos considerados como um todo e não individualmente, pois permite uma maior variabilidade de produtos ofertados, atendendo a uma maior quantidade de perfis de consumo.

Pela equidade se verifica que a interpretação do conceito neste cenário traz vantagens e desvantagens genéricas para ambas as partes, contudo, analisando-se o contexto temos que é a interpretação que melhor atende o interesse público por ser a que garante maior estabilidade das relações existentes, até por não abrir a possibilidade de rescisão unilateral por inadimplemento de valor devido a título de coparticipação ou franquia.

Outro aspecto essencial na análise é a possibilidade de se prever no normativo um rol de isenções que traga procedimentos sobre os quais não incidirão os mecanismos, pois, ao estabelecermos como conceito dos Mecanismos Financeiros de Regulação que os mesmos servem para indução do consumo consciente e inibidor do risco moral deixamos claro que sua finalidade transcende o aspecto econômica. Buscamos a redução do desperdício e não o simples repasse da conta. Há, portanto, um viés assistencial no conceito.

Em se entendendo que os mecanismos financeiros serviriam para cofinanciar o plano de saúde não haveria justificativa técnica para a adoção de isenções, o que não inviabilizaria, contudo daria uma conotação muito mais política à medida, o que não é recomendável.

DOS CENÁRIOS PARA PROPOSIÇÃO DA MEDIDA REGULATÓRIA:

Uma vez definido qual conceito utilizaremos para orientar a proposta regulatória a ser apresentada cumpre-nos a definição dos cenários sobre os quais passaremos a trabalhar. Esta definição de cenários termina por analisar propostas a partir de uma série de questões que são ponderadas até se concluir, em uma análise de “custo-benefício” qual seria a mais indicada para solucionar os problemas elencados.

Desta forma, para melhor compreensão do que passamos a analisar trazemos para este tópico a tabela de problemas proposta no início deste relatório, com base na apresentação feita pela DIPRO na reunião inaugural do GT Interáreas, em 14/07/2016.

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.

O primeiro problema já foi bastante abordado ao se analisar os estudos sobre o tema e, de fato, é uma questão que deve receber toda a atenção daquele que vai discorrer sobre ele. Não por acaso é um dos principais objetos de estudo quando se analisa o funcionamento de planos com Mecanismos Financeiros.

Esse problema foi o ponto de partida para a definição conceitual que trazemos sobre os mecanismos financeiros de regulação e apresenta impacto para os cenários que passaremos a propor, uma vez que essa definição é um facilitador para a disposição de um dos cenários.

A presença de lacunas regulatórias talvez seja o ponto que gera maiores preocupações para a área técnica, uma vez que deixa questões essenciais a mercê de entendimentos que são muito menos estáveis no tempo, gerando insegurança jurídica para as relações, bem como riscos para todas as partes envolvidas.

A pouca utilização da franquia em planos hospitalares talvez possa ser explicada por uma das divergências criadas, não só pela norma, mas pela própria interpretação legal que já foi abordada em tópicos anteriores e este foi o ponto que entendemos mais representativo para a formulação de cenários.

Os demais pontos podem ser alocados facilmente no tópico que trata das lacunas regulatórias.

Assim definimos três cenários para análise:

CENÁRIO #1 – Manutenção da CONSU 08/98 como norma a orientar a aplicação dos Mecanismos Financeiros de Regulação, suprimindo as lacunas através de notas técnicas e entendimentos.

CENÁRIO #2 – Proposta de Resolução Normativa que adote uma interpretação ampliativa sobre o conceito de cobertura assistencial trazida pela Lei 9656/98.

CENÁRIO #3 – Cenário baseado no posicionamento posto no Parecer 414/GECOS/PROGE/ANS que define o conceito de cobertura de forma restritiva, entendendo que deve ser analisada de procedimento por procedimento.

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA	#1	#2	#3	Justificativa
1. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR EFICIÊNCIA	50	70	50	
1.1 A sustentabilidade econômica das OPS pode ser afetada com a medida?	50	90	90	
ALTO IMPACTO: A medida tende a impactar negativamente a sustentabilidade econômica das operadoras ameaçando a continuidade de sua prestação.				Manter a norma como está tem maior impacto uma vez que os problemas existentes não serão solucionados. Para as demais o impacto é baixo porque há uma possibilidade de se atacar os problemas existentes, contudo não há uma imposição normativa, uma vez que fica a critério das
MÉDIO IMPACTO: A medida não apresenta impacto imediato sobre a sustentabilidade da operadora, contudo não contribui efetivamente para a sustentabilidade do setor.	x			
BAIXO IMPACTO: Nenhum impacto ou impacto pouco significativo nesse quesito (ou impacto positivo)		x	x	

				operadoras aderir ou não as novas regras.
1.2 São identificados impactos que afetariam a precificação ?	50	90	50	
ALTO: Impacta negativamente a precificação, gerando aumento de preços sem gerar ganhos de qualidade.				A questão da precificação dos produtos entra como uma externalidade positiva da medida, uma vez que é errado imaginar os mecanismos de regulação como um subterfugio para vender planos com "menor assistência" e "menor custo". Contudo é certo que há redução nos valores pagos a título de contraprestação, como mostrou os estudos da DIPRO. Nesse caso, quanto mais possibilidades a norma trazer, maiores serão os impactos da incidência da externalidade. Pelo que a proposta 2 apresenta melhores possibilidades.
MÉDIO: Não traz impacto relevante na precificação, uma vez que não altera ou pouco altera os parâmetros existentes, razão pela qual se mantém o viés de alta vigente.	x		x	
BAIXO: Impacta indiretamente na precificação, uma vez que é medida apta a mexer em aspectos que se relacionam com esta, tais como despesas assistenciais e sinistralidade.		x		
1.3 São identificados aspectos que impactariam a seleção adversa das OPS?	10	90	50	
ALTO: Produtos sem qualquer grau de diferenciação, obrigando os beneficiários a aderir a determinado produto, o que gera grande risco de uso indevido (sem indicação).	x			A medida amplia as possibilidades de produtos a serem comercializados pelas operadoras e com isso permite formatar novos produtos que serão direcionados para uma maior variedade de perfis de consumidor. Aqui difere-se os impactos referentes a amplitude do conceito de cobertura, uma vez que ao limita-lo não há uma mudança tão substancial em relação ao modelo vigente.
MÉDIO: Ainda traz certa padronização de produtos, fazendo com que beneficiários contratem planos pouco aderentes ao seu perfil de consumo.			x	
BAIXO: Há incentivo para que os consumidores se posicionem dentro daquele produto que melhor se adapta ao seu perfil.		x		

1.4 A medida proposta afeta de forma isonômica os diferentes arranjos de OPS:	90	50	50	
ALTO: Medida beneficia indiretamente alguma modalidade, ou alguma modalidade ou porte pode ser favorecida quanto à facilidade de implementação e posterior vantagem competitiva.				Entendemos que o segmento das seguradoras pode ter algum tipo de vantagem na implementação, uma vez que já estão mais habituadas a trabalhar com tipos de mecanismos que se adequam ao conceito proposto, contudo essa vantagem tende a desaparecer na medida que as demais modalidades forem se adaptando aos novos modelos de planos.
MÉDIO: Embora traga uma maior facilidade de implementação para determinada segmentação esta tende a desaparecer com o tempo.		x	x	
BAIXO: A medida trata as operadoras de forma específica/diferenciada, de acordo com sua modalidade ou porte (ou não altera a situação vigente)	x			
1.5 A medida proposta pode afetar a demanda por planos no setor?	50	90	50	
ALTO: A medida pode levar a situações de aumento ou redução da demanda				A medida não busca mexer diretamente com a demanda, contudo busca permitir a oferta de produtos mais variados, que podem se adequar a diversos perfis de consumo. Aqui também se diferencia as propostas conforme a definição de cobertura, uma vez que ao restringir o conceito também se restringe muito a variedade de produtos passíveis de serem oferecidos.
MÉDIO: A proposta não afetará a demanda	x		x	
BAIXO: A proposta pressupõe um novo equilíbrio, alterando a demanda, com contrapartida de oferta.		x		
1.6 Os prestadores de serviços de saúde podem ser afetados: positivamente/negativamente?	10	90	50	
ALTO: A medida tende a piorar a relação dos prestadores com as operadoras de planos de saúde.	x			Uma vez que não alterar tende a manter a situação como está e o cenário 3 traz uma restrição muito grande na possibilidade de se colocar inovações na norma os efeitos positivos tendem a
MÉDIO: A medida não traz ganhos concretos, contudo é apta apaziguar as relações existentes entre prestadores e operadoras.			x	
BAIXO: Efeitos indiretos ou efeitos positivos		x		

				serem maiores quando se amplia a possibilidade de se inovar.
1.7 O modelo de negócio pode ser afetado pela medida?	90	50	50	
ALTO: As medidas propostas obrigam as operadoras a mudarem o seu modelo de negócios, gerando custos para implementação.				Sem dúvidas o custo é menor quando se mantém a política vigente, contudo a implementação das novas medidas seria mitigada pela possibilidade de não se comercializar os planos previstos pelo normativo, mantendo apenas a comercialização daqueles regidos pela norma antiga.
MÉDIO: Presença de qualquer outra medida que incentive uma determinada organização administrativa ou modelo de negócio sem obrigar sua adoção.		x	x	
BAIXO: Não há qualquer medida que afete o modelo de negócio praticado pelas operadoras, inexistindo custos sob este ponto de vista.	x			
1.8 Existe potencial para modificar os aspectos concorrenciais?	50	10	10	
ALTO: Diminuição da concorrência.		x	x	Inicialmente pode haver uma redução na concorrência, uma vez que estaremos diante de uma situação em que uma modalidade de operadora teria uma expertise maior na operacionalização dos produtos, contudo essa vantagem tende a ser reduzida e desaparecer com o tempo.
MÉDIO: Não altera a concorrência.	x			
BAIXO: Aumento da concorrência.				
	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	
2. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR EFETIVIDADE	10	37	37	
2.1 A medida proposta prevê algum tipo de aferição da sua efetividade:	10	10	10	
ALTO: Não há medida ou referência para a proposta	x	x	x	Não há no normativo uma previsão neste sentido, contudo há possibilidade de se fazer uma análise ex posits para avaliar seus efeitos, independente de se prever ou não em normativo.
BAIXO: Há um indicador e/ou meta para a proposta				

2.2 A medida proposta pode gerar impactos na qualidade de vida dos beneficiários:	10	90	90	
Impacto na percepção do Estado Geral de Saúde;				<p>Muito pode se falar sobre impactos negativos na saúde dos beneficiários pela imposição de mecanismos financeiros de regulação, contudo não há na literatura uma indicação clara de que isto aconteça quando os mecanismos são utilizados em um percentual razoável. O estudo RAND aponta que para algumas camadas da sociedade a inexistência dessa cobrança gera benefícios (vantagem em relação ao plano com Mecanismo). Na intenção de se aproveitar tais benefícios indicamos a previsão de um rol de isenções que privilegia procedimentos preventivos e tratamentos crônicos. Hipóteses em que entendemos não haver risco moral na utilização do plano. Para tal questão apenas a manutenção do cenário atual não comporta a aplicação.</p>
Impacto no diagnóstico e tratamento;		x	x	
Impacto na identificação e manejo da capacidade funcional/Impacto na percepção de segurança na atenção à saúde;				
Impacto nos aspectos sociais, emocionais e de saúde mental;				
Impacto na satisfação com os serviços de saúde (Qualificação/Acreditação),				
Mudanças no perfil de morbi-mortalidade				
Impacto direto na qualidade da assistência prestada				
Impacto na melhoria das práticas de gestão das operadoras (governança corporativa; gestão de riscos)ou impacto na diluição de risco das operadoras (alinhamento de critérios assistências e econômico-financeiros)		x	x	
Impacto na relação com beneficiários (transparência/atendimento)		x	x	
Impactos na gestão assistencial/ linhas de cuidado		x	x	
Impacto na redução de consultas/exames/internações		x	x	
total	0	5	5	
ALTO: Nenhum dos elementos está presente	x	FALSO	FALSO	
MÉDIO: Presença de um a dois elementos	FALSO	FALSO	FALSO	
BAIXO: Presença de três ou mais elementos ou mudanças no perfil de morbi-mortalidade (longo prazo)	FALSO	x	x	
2.3 É possível realizar o acompanhamento de informações que apontem os resultados da implementação da proposta?	10	10	10	
ALTO: Não há previsão	x	x	x	<p>Não há, neste estágio, previsão neste sentido, nada impedindo que</p>
BAIXO: Há previsão de divulgação e periodicidade na proposta				

				venha a se prever tal medida a posteriori.
	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	
3. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR EQUIDADE	50	57	63	
3.1 A medida proposta pode impactar o acesso dos beneficiários de planos de saúde aos serviços de atenção à saúde?	90	50	50	
ALTO: Limita ou restringe o acesso				A imposição de Mecanismos de Regulação Financeira como mitigadores do risco moral ou indução ao bom uso busca gerar maior eficiência nos gastos do setor. A ideia é que o uso correto continuará havendo, mas o uso indiscriminado seja reduzido, uma vez que impactará financeiramente no beneficiário. Que se diga que esse impacto não é visto como excessivo, até porque a coparticipação/franquia traz consigo uma redução da contraprestação pecuniária.
MÉDIO: Restringe o acesso, mas de forma positiva, tornando-o organizado		x	x	
BAIXO: Garante ou amplia o acesso/não impacta	x			
3.2 A medida proposta pode impactar a qualidade dos serviços de atenção à saúde prestados aos beneficiários em curto prazo?	50	50	50	
ALTO: Pode comprometer a qualidade (segurança do paciente, acessibilidade, conforto)				Entendemos que a previsão de isenções afasta o risco de se comprometer a qualidade do serviço. Não vemos relação direta com a melhoria da qualidade.
MÉDIO: Não altera os aspectos da qualidade	x	x	x	
BAIXO: Pode melhorar a qualidade dos serviços prestados				
3.3 A medida proposta pode gerar, por parte da operadora, a adoção de mecanismos de regulação?	10	50	50	
ALTO: Estimula a adoção de meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros para o gerenciamento da prestação de serviços, limitando o acesso.	x			Na forma como está a norma hoje a adoção de mecanismos é indiscriminada.

MÉDIO: Pode estimular a adoção de Mecanismos de forma ordenada.		x	x	Conforme já demonstrado um percentual de 50% dos beneficiários já possuem planos coparticipativos e para esses não existem limites previstos na norma, razão pela qual entendemos que pode haver limitação de acesso de forma muito mais severa do que pela regulamentação proposta.
BAIXO: Não estimula a adoção				
3.4 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Operadoras/Prestadores?	50	90	90	
ALTO: Pode deteriorar o relacionamento (afetar a resolutividade dos conflitos ou interferir na transparência da relação)				A medida a ser proposta pode trazer uma melhoria nos aspectos da transparência, uma vez poderemos prever aspectos que reforcem a circulação das informações, bem como outras medidas que visem tornar os direitos e deveres inerentes um pouco mais equilibrados, reduzindo a sensação de privilégio que atualmente vigora.
MÉDIO: Não afeta/interfere na relação entre as partes citadas	x			
BAIXO: Pode melhorar o relacionamento, melhorar a transparência.		x	x	
3.5 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Operadoras/Beneficiários?	50	10	50	
ALTO: Pode deteriorar o relacionamento (afetar a resolutividade dos conflitos ou interferir na transparência da relação)		x		A relação atual é bem ruim. Pesquisa recente mostra que demandas contra planos de saúde estão entre as que mais crescem no judiciário. Entendemos que há um risco de judicialização, sobretudo na proposta de se ter o conceito de cobertura mais amplo, contudo as obrigações de transparência tendem a reduzir um pouco esse risco.
MÉDIO: Não afeta/interfere na relação entre as partes citadas	x		x	
BAIXO: Pode melhorar o relacionamento, melhorar a confiança				

3.6 A medida proposta pode induzir à alteração da relação Prestadores/Beneficiários?	50	90	90	
ALTO: Pode deteriorar o relacionamento (afetar a resolutividade dos conflitos ou interferir na transparência da relação)				Quando se trata de questão tão específica assim, há possibilidade de se interferir em relações existentes. Só a título de exemplo a norma afetará de alguma forma a relação quando tratar da franquia e, devemos então considerar que ao normatizar buscaremos efeitos positivos, como o aumento da confiança mútua, redução do absenteísmo, entre outras.
MÉDIO: Não afeta/interfere na relação entre as partes citadas	x			
BAIXO: Pode melhorar o relacionamento, melhorar a confiança.		x	x	
	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	
4. CRITÉRIOS APONTADOS NO VALOR TRANSPARÊNCIA	39	61	61	
4.1 A participação social está garantida na elaboração da proposta regulatória?	90	90	90	
ALTO: Somente no final do processo e de forma restrita (por uso de aplicativos, com possibilidade de contribuição limitada – apenas em itens previamente definidos).				Considerando todas as propostas dentro de uma ampla discussão não há como diferencia-las no presente critério.
MÉDIO: De forma pontual/dirigida				
BAIXO: Durante todo o processo e com formas inovadoras de participação (customização das formas, de acordo com os públicos: grupos temáticos, comitês, câmaras técnicas)	x	x	x	
4.2 A medida proposta está escrita de maneira clara para o público alvo?	10	50	50	
ALTO: Existência de termos técnico-específicos sem definições/glossário e de forma não organizada e não clara de apresentação	x			A norma atual traz conceitos abertos e pouco claros, definidos somente por nota da ANS. A nova norma deve se atentar para que os conceitos sejam, o quanto for possível, de fácil assimilação.
MÉDIO: Quando apenas um dos quesitos estiver presente (termos incompreensíveis ou forma não organizada de apresentação)		x	x	
BAIXO: Ausência de termos técnicos ou existência de termos técnicos com suas definições/glossário e de forma clara e organizada de apresentação				

4.3 Os prazos estão descritos de maneira explícita?	50	50	50	
ALTO: Não				Não há uma diferença neste ponto. Contudo devemos destacar que apesar disso pretende-se realizar uma avaliação dos efeitos da norma posteriormente a sua vigência, com prazo e metodologia a ser definida.
MÉDIO: Somente o prazo da vigência está descrito	x	x	x	
BAIXO: Sim (vigência, no caso de normativos; prazos das etapas dos processos envolvidos, preferencialmente em INs; prazos para acompanhamento da implementação; prazo para revisão da norma/proposta; pactuação dos prazos)				
4.4 A medida proposta contribui para a melhoria da qualidade da informação prestada à ANS?	50	10	10	
ALTO: Não, pode piorar a qualidade da informação prestada à ANS – pode dificultar o envio das informações, tendo reflexos em sua qualidade (maior número de campos a serem preenchidos/regularidade ou forma de envio)				Como as hipóteses tendem a ampliar, em maior ou menor grau, a possibilidade de elaboração de produtos, pode haver a necessidade de se alterar o sistema específico. Saliente-se, no entanto, que atualmente já há um déficit informacional com a norma vigente.
MÉDIO: Não há nenhuma relação com informações prestadas à ANS – não interfere no envio de informações à ANS	x			
BAIXO: Sim, promove o aprimoramento dos dados enviados ou facilita as análises por parte da ANS.		x	x	
4.5 A medida proposta contribui para a diminuição da assimetria de informação no setor?	10	90	90	
ALTO: Não, não acrescenta informações necessárias /relevantes/importantes para o setor, ou não esclarece /facilita/melhora a compreensão do setor.	x			A norma atual favorece bastante a assimetria, na medida que não traz obrigações com relação a transparência e tampouco limites bem definidos. A norma a ser proposta, por outro lado, deve ter esse viés de privilegiar a quantidade e a qualidade das informações prestadas.
MÉDIO: As informações veiculadas são relevantes, mas estão dispersas ou não estão organizadas de forma clara.				
BAIXO: Sim, acrescenta informações necessárias/relevantes/importantes ou sim, esclarece /facilita/melhora a compreensão do setor		x	x	
4.6 A medida proposta contribui para a melhoria da tempestividade e qualidade da informação prestada aos beneficiários?	10	90	90	
ALTO: Pode piorar a qualidade da informação prestada aos beneficiários – a informação é tardia e não agrega valor ao beneficiário (empoderamento/escolhas/utilidade)	x			A norma atual favorece bastante a assimetria, na medida que não traz obrigações com relação a transparência e

MÉDIO: Não há nenhuma relação com informações prestadas aos beneficiários – apenas um dos quesitos é satisfeito (tempestividade ou utilidade)				tampouco limites bem definidos. A norma proposta, por outro lado, deve ter esse viés de privilegiar a quantidade e a qualidade das informações prestadas.
BAIXO: Sim, promove a melhoria da qualidade da informação prestada aos beneficiários – a informação é tempestiva e agrega valor ao beneficiário.		x	x	
4.7 A medida está conforme as demais regulamentações anteriormente produzidas?	50	50	50	
ALTO: Pode estar contrária a alguma Lei ou Normativo (Ex: Código de Defesa do Consumidor, Estatuto do Idoso, Leis 9656 e 9961)				Aqui temos questões distintas que levam a mesma conclusão. Manter como está pode dar margens a interpretações dúbias pela omissão da norma; o conceito amplo de cobertura pode ser questionado na medida em que procedimentos poderão vir a ser integralmente custeados pelos beneficiários e o conceito restrito gerará uma maior dificuldade na implementação das propostas.
MÉDIO: Não é claramente contrária às Leis, mas pode dar margem a interpretações dúbias	x	x	x	
BAIXO: Não contraria nenhuma Lei ou Normativo				
	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	
5. CRITÉRIOS APONTADOS NOS VALORES RAZOABILIDADE	90	70	70	
5.1 A medida proposta demanda aumento de despesas com infraestrutura – espaço físico, mobiliário, novos equipamentos, necessidade de novos investimentos por parte da ANS?	90	90	90	
ALTO: Projetos que causem aumento de despesas com infraestrutura e logística superando o orçamento.				Não se aplica
MÉDIO: Projetos que causem aumento das despesas com infraestrutura, sem comprometimento orçamentário.				
BAIXO: Projetos com baixo ou nenhum impacto direto nas despesas com infraestrutura.	x	x	x	
5.2 A medida proposta demanda despesas com pessoal; passagens e diárias; eventos; capacitação; nova contratação de consultoria/empresa de pesquisa ou alteração no TR relativo à contratação,	90	90	90	

especialmente da Central de Relacionamento da ANS?				
ALTO: Projetos que causem incremento de despesa, superando o orçado no exercício.				Não se aplica
MÉDIO: Projetos não previstos, mas que não ultrapassam o orçamento.				
BAIXO: Projetos previstos e que estejam dentro do orçamento.	x	x	x	
5.3 A medida proposta demanda o desenvolvimento ou manutenção evolutiva de novos sistemas de informação?	90	50	50	
ALTO: Projetos que envolvam o desenvolvimento de novos sistemas e/ou adaptação de sistemas já existentes.				É possível que demande ajuste no sistema de registro de produtos.
MÉDIO: Projetos que envolvam correções pontuais ou ajustes de sistemas internos, já desenvolvidos.		x	x	
BAIXO: Projetos que não envolvam o desenvolvimento de novos sistemas.	x			
5.4 A medida proposta demanda o desenvolvimento de um novo serviço; criação de um novo processo de trabalho/aumento no volume dos processos de trabalho, alterações nos processos de trabalho, especialmente os processos de monitoramento, intermediação e fiscalização?	90	50	50	
ALTO: Projetos que envolvam o desenvolvimento de um novo serviço, criação de um novo processo de trabalho/aumento no volume dos processos de trabalho e/ou alterações nos processos de trabalho sem benefício identificável para a instituição ou a redução de custos com tais medidas. Projetos que envolvam aumento de custos de forma permanente também podem ser avaliados como de alto risco.				Haverá impacto para a fiscalização das medidas. Inicialmente o impacto será mais sentido. Após a tendência é que facilite o trabalho, eis que a norma tem grande enfoque na transparência das informações ao consumidor, o que facilita a própria fiscalização na colheita de provas.
MÉDIO: Projetos que envolvam aumento de custo no curto prazo, com redução posterior no longo prazo.		x	x	
BAIXO: Projetos com baixo custo e benefícios identificáveis.	x			
5.5 A medida proposta demanda capacitação da equipe e treinamento ofertado às operadoras; estratégia de comunicação?	90	50	50	
ALTO: Aumento significativo da demanda por capacitação ou de gastos necessários à				Toda mudança normativa em uma regra

estratégia de comunicação, ultrapassando o orçamento previsto.				de regulação demanda treinamento e capacitação dos servidores e do mercado, porém se trata de um custo que não foge ao padrão de um ente regulador.
MÉDIO: Aumento da demanda de capacitação e treinamento, bem como de comunicação, sem comprometimento orçamentário.		x	x	
BAIXO: Custos baixos e previstos em orçamento.	x			
5.6 A medida proposta pode influenciar os custos das medidas administrativas: suspensões, portabilidade e regimes especiais?	90	90	90	
ALTO: A medida proposta aumenta os custos das medidas administrativas, acarretando aumento das suspensões, portabilidade e regimes especiais, ultrapassando os limites orçamentários.				Não se aplica
MÉDIO: A proposta aumenta os custos, porém sem ultrapassar limites orçamentários.				
BAIXO: A proposta não acarreta impactos diretos aos custos de despesas administrativas.	x	x	x	
TOTAL GERAL	239	295	281	
MÉDIA GERAL	48	59	56	
% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA	53,02%	65,50%	62,54%	
ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)	3	1	2	

Importante justificar e, por consequência, diferenciar os dois cenários de alteração propostos.

Atualmente a norma prevê vedação para que a utilização de Mecanismo Financeiro de Regulação corresponda ao valor integral do procedimento ou valor restritor severo. Esse desenho, apesar de trazer uma importante garantia para o consumidor de que ele não terá que pagar duas vezes pelo mesmo serviço, na mensalidade e na parcela referente a coparticipação/franquia, acaba por inviabilizar a adoção de uma maior variedade de Mecanismos que podem servir para melhor atender determinados perfis de consumidores.

Especificamente com relação a adoção de franquia, que vimos ser extremamente baixo, consistindo em um dos problemas a serem atacados pela norma, esta deveria ser fixada em um valor extremamente baixo para que viesse a ter aplicabilidade ampla em um produto ou dependeria de conceituações que não estão presentes na norma para que sua adoção estivesse respaldada por um mínimo de segurança jurídica.

Uma internação, por exemplo, é um conjunto de procedimentos realizados dentro do ambiente hospitalar. Dentro do modelo de remuneração vigente de pagamento por procedimento isso implicaria dizer que a franquia incidiria sobre cada procedimento ou poderíamos considerar a internação como um procedimento único com a incidência do mecanismo no valor total? A indefinição claramente impacta na oferta do produto no mercado.

O mecanismo da franquia está no limiar entre um mecanismo para mitigação do risco moral ou um mero mecanismo de cofinanciamento, que já entendemos ser indesejado para a norma, contudo devemos fazer uma análise mais acurada da questão levando em conta não apenas a aplicação do mecanismo em uma eventual internação não eletiva, mas considerando a própria natureza dos contratos de planos de saúde e sua característica de solidariedade em que aqueles que se utilizam mais dos planos são financiados pelos que utilizam menos, ou seja, para que alguns tenham coberturas em valores superiores aos previstos como contraprestação pecuniária outros terão que pagar mais do que aquilo que efetivamente utilizam.

Sobretudo no caso da franquia, embora possamos argumentar que em casos de internação o risco moral incidente seja menor, não dá pra negar que o mesmo exista, seja pela possibilidade de alguém se internar para realizar um procedimento do qual não faria jus acaso não estivesse internado, na hipótese de planos hospitalares, até aquelas em que se estende uma internação por questões de mera comodidade, por exemplo, em razão da dificuldade de uma família em arrumar a logística para o acompanhamento de um membro gravemente enfermo, mas sem indicação de internamento.

Assim, em algumas situações, teremos aplicação de franquia quando o risco moral não se configurar de fato, mas essas ajudarão a custear aquelas em que o risco se faz presente e, por questões comerciais ou mesmo regulatórias, não se torna possível repassar integralmente para a mensalidade cobrada, razão pela qual entendemos que não haverá desnaturação do conceito, mas uma adaptação a própria natureza dos contratos de planos de saúde.

Ademais, a franquia acaba sendo um mecanismo de aplicação e entendimento muito mais simples, uma vez que o valor, ao ser definido em contrato, torna o controle pelo beneficiário muito mais simples e eficaz, não podendo ser desconsiderado, também, que a escolha pelo modelo implica em uma decisão do próprio consumidor, que define o quanto ele é capaz de suportar de risco. Ao contrário da coparticipação, na franquia o risco já pode estar precificado no momento da assinatura do contrato, dependendo de como o mecanismo seja adotado.

Em síntese, mais para a franquia, mas também para a coparticipação, a grande diferença na adoção de um ou outro cenário está na flexibilidade para o desenvolvimento de produtos a serem oferecidos no mercado. Enquanto o cenário #3 pouco alterará as possibilidades existente, pois, na prática, limitaria as possibilidades a mera discussão de aplicação percentual de coparticipação, conforme ocorreu no processo 33902.270680/2015-15, no cenário #2 abrem-se muitas possibilidades, como a previsão de uma franquia que se acumule até o atingimento do valor previsto ou a possibilidade de se agrupar procedimentos de forma que alguns de valores mais altos compensem aqueles de valores mais baixos que por ventura possam vir a ser integralmente cobertos.

Feitas as análises acima, baseadas na metodologia multicritério descrita no Manual de Boas Práticas Regulatórias da ANS⁹ passamos a analisar algumas questões essenciais quanto ao custo para o beneficiário e para as operadoras de um produto com Mecanismo Financeiro, uma vez que ele apresenta seu custo separado em duas “rubricas” distintas, a da contraprestação mensal e a do mecanismo financeiro.

Em um exemplo real, se considerando o produto A e o produto B, ambos registrados na ANS com características similares, diferindo-se apenas pela incidência ou não dos mecanismos de regulação, no caso a coparticipação, temos os seguintes valores referentes a contraprestação pecuniária:

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

Considerando os custos anuais para cada faixa temos os seguintes valores:

PREÇOS MÁXIMOS POR FAIXA ETÁRIA (em R\$)	PRODUTO A – Com Coparticipação	PRODUTO B – Sem Coparticipação	Diferença
Até 18 anos	4.725,12	5.558,76	833,64
De 19 a 23	5.906,28	6.948,36	1.042,08
De 24 a 28	7.383,00	8.685,60	1.302,60
De 29 a 33	8.121,36	9554,04	1.432,68
De 34 a 38	8.527,44	10.031,88	1.504,44
De 39 a 43	9.380,16	11.035,32	1.655,16
De 44 a 48	11.725,32	13.794,00	2.068,68
De 49 a 53	12.897,60	15.173,52	2.275,92
De 54 a 58	16.122,24	18.967,08	2.844,84
59 ou mais	28.213,56	33.192,00	4.978,44

⁹ Esta ferramenta, baseada na metodologia multicritério, é composta por um conjunto de critérios balanceados e relacionados aos valores e princípios institucionais: eficiência, efetividade, equidade, transparência e razoabilidade, os quais deverão ser observados pelas áreas técnicas, na análise das opções regulatórias levantadas, na ocasião da elaboração de medidas regulatórias selecionadas.

Dessa leitura percebe-se que o beneficiário com baixa utilização tende a ser beneficiado pelos planos com mecanismos financeiros de regulação, uma vez que arcarão com valor menor de contraprestação e terão um intervalo em que a utilização do plano ainda lhe trará vantagem financeira, variando de R\$ 833,64 na primeira faixa e R\$ 4.978,44 na última.

A diferença cresce na medida em que se muda de faixa etária, de forma que também acompanha a expectativa de utilização do plano, uma vez que se espera que um beneficiário na última faixa precise utilizar mais o plano de saúde que um beneficiário em faixas intermediárias.

A título de exemplo, considerando valores médios praticados atualmente no mercado, conforme se verifica pela consulta ao D-TISS¹⁰, trazemos os seguintes procedimentos:

Procedimentos	Preço Médio Praticado*	10%	20%	30%	40%
Consultas simples em consultório	R\$ 70,00	R\$ 7,00	R\$ 14,00	R\$ 21,00	R\$ 28,00
Ultra-sonografia diagnóstica	R\$ 70,00	R\$ 7,00	R\$ 14,00	R\$ 21,00	R\$ 28,00
Ressonância Magnética diagnóstica	R\$ 500,00	R\$ 50,00	R\$ 100,00	R\$ 150,00	R\$ 200,00
Tomografia Computadorizada Diagnóstica	R\$ 260,00	R\$ 26,00	R\$ 52,00	R\$ 78,00	R\$ 104,00
Diagnóstico por imagem - RX	R\$ 25,00	R\$ 2,50	R\$ 5,00	R\$ 7,50	R\$ 10,00
Endoscopia Diagnóstica	R\$ 100,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00	R\$ 30,00	R\$ 40,00
Teste ergométrico computadorizado (inclui ECG basal convencional)	R\$ 100,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00	R\$ 30,00	R\$ 40,00
Mamografia convencional bilateral	R\$ 100,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00	R\$ 30,00	R\$ 40,00

*Valores Aproximados

Se o beneficiário, com 40 anos de idade, realizar 10 consultas médicas, 1 ressonância, 1 endoscopia e um Teste de Esforço no ano ele arcará, no pior cenário, com R\$ 560,00 a título de coparticipação, ou seja, ainda terá tido uma economia de mais de R\$ 400,00 no ano.

Trata-se de um exemplo meramente ilustrativo, pois os produtos utilizados estão registrados com as regras atuais e não necessariamente adotam esses percentuais demonstrados. Contudo dá pra atestar que realmente há uma redução nos preços dos

¹⁰ <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/d-tiss-detalhamento-dos-dados-do-tiss/d-tiss-painel-gerencial-de-procedimentos>

produtos com coparticipação e que um beneficiário com uma utilização razoável poderá vir a ser beneficiado com desembolsos menores ao longo do ano.

Também é válido apontar que toda a análise de gastos do beneficiário deve se dar em um intervalo de tempo maior que o mensal, pois a questão assistencial tem um caráter aleatório que não cabe em um período tão curto. Ao se deparar com um mês onde os gastos em coparticipação foram muito altos, facilmente ignora-se que em um intervalo maior há clara vantagem para o consumidor, uma vez que esses gastos, em seu histórico, mostram-se eventuais.

De toda forma há que se ponderar que gastos, ainda que eventuais, podem se mostrar demasiadamente onerosos ao consumidor, pelo que há que se prever uma espécie de mecanismo que mitigue esse risco, seja um limite mensal ou por procedimento para a aplicação do mecanismo ou uma diluição desse risco no tempo, ou os dois mecanismos em conjunto.

DOS CUSTOS IMPUTADOS ÀS OPERADORAS PELA PROPOSTA:

Uma vez que estamos propondo a alteração dos parâmetros de comercialização, incluindo questões que demandam infra-estrutura de TI e treinamento, haverá custo para as operadoras, contudo, conforme passamos a demonstrar, consideramos que os mesmos são plenamente justificáveis diante dos benefícios trazidos pelas medidas.

A proposta necessariamente terá que passar por um aumento na transparência e na quantidade de informações prestadas ao beneficiário, o que poderá gerar despesas na área de tecnologia de informação.

Para reduzir essa despesa recomenda-se que seja aproveitada, ao menos em parte, a estrutura já criada do PIN-SS, previsto pela RN 389/15 para informações a serem prestadas aos beneficiários, bem como o que foi previsto na RN 413/16, que trata da contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Há que se criar uma forma de o novo beneficiário, aquele que pretende contratar o produto, informar-se sobre os custos previstos para o plano de saúde, uma vez que o mecanismo de regulação gera a cobrança de valores que não se enquadram como contraprestação pecuniária e são variáveis conforme o uso.

A demonstração feita no tópico anterior é um exemplo do que pode ser feito para melhorar a informação para os consumidores, pois é preciso deixar claro que o desembolso deste variará conforme o uso, de forma que ele tenha melhores condições de realizar suas escolhas de forma consciente.

Esse custo variará conforme a solução desenvolvida e pode ser reduzido pela elaboração em conjunto de uma solução, seja pela reunião de operadoras ou por suas entidades representativas.

Há que se destacar que o Código de Proteção e Defesa do Consumidor tem entre seus princípios basilares o da Transparência e da Informação, ou seja, apesar dos custos que as operadoras deverão arcar, as medidas servirão para adequar ainda mais o mercado dos Planos de Saúde na legislação consumerista vigente. Não há que se falar em arbitrariedade da medida.

A proposta deverá demandar um custo com treinamento dos funcionários das operadoras, sobretudo aqueles que trabalham na área de atendimento e vendas, contudo não demandará custos com infra-estrutura física.

Deve-se considerar a possibilidade de se usar sistemas desenvolvidos para possibilitar a “Venda Online” para garantir maior informação aos consumidores.

Outros custos que recairão sobre as operadoras são o pagamento da taxa de registro de produtos, que será de aproximadamente R\$ 2.700,00 por produto para operadoras com mais de 20.000 beneficiários e a metade disso para operadoras com menos, podendo mitigar esse custo com a manutenção, temporária ou não da comercialização dos planos já registrados, facilitando a adaptação das operadoras ao novo normativo.

Os custos relativos a TI e ao trabalho prestado pelos atuários dependerá do vínculo que os profissionais possuem com as operadoras, se são trabalhadores efetivos da empresa ou contratados para prestação do serviço específico.

Com relação ao profissional atuário e mesmo aos valores relativos ao pagamento da Taxa de Saúde Suplementar, pondere-se que é comum o oferecimento de novos produtos, periodicamente, pelas operadoras, o que também serve para relativizar as despesas imputadas.

Considerando todo o exposto passamos a elencar algumas premissas que deverão nortear a formulação da proposta dentro do cenário escolhido:

- Disponibilidade plena de informações que resulte no aumento da transparência e redução de assimetrias;
- Maior possibilidade de customização dos produtos disponibilizados no mercado de saúde suplementar;
- Isenções na utilização dos Mecanismos Financeiros para que não venhamos a desnaturar o conceito estabelecido;
- Cuidar para que os mecanismos propostos não tragam ônus em demasia para os beneficiários, gerando riscos de desassistência;
- Considerar questões relevantes envolvendo a relação dos prestadores com os demais players do mercado, como, por exemplo, a definição sobre a quem deve ser pago o valor de franquia e como se dará o reajuste das tabelas de referência que por ventura vierem a ser criadas ou utilizadas;
- Previsão de como serão tratados os contratos vigentes, uma vez que eles consistem em 33% dos contratos existentes, e atendem cerca de 50% dos beneficiários;
- Deve-se, ainda, garantir que a proposta seja assimilada da forma mais eficiente possível, ainda que, para tal, seja necessário divulgar cartilha ou outro tipo de material explicativo; e
- Evitar imputar custos além dos estritamente necessários para adequar a estrutura da operadora ao normativo proposto e as regras já em vigor;

Diante de todo o exposto deve-se fazer constar do processo normativo a presente análise, não só como forma de se cumprir a previsão constante da Resolução Administrativa nº 49 de 13 de abril de 2012, mas também por permitir um maior e melhor controle social sobre o que está sendo debatido e, ao final, publicado pela ANS, uma vez que o trabalho de uma Agência Reguladora deve se pautar pela análise técnica e criteriosa daquilo que é por ela feito, resulte o trabalho na publicação de um normativo ou não.