

CS 01/2017

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 2017.

À
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
GT Interáreas

Assunto: Mecanismos Financeiros de Regulação - Contribuições.

Prezados,

O **IBA – Instituto Brasileiro de Atuária**, com o objetivo de contribuir permanentemente com os órgãos reguladores para o aprimoramento das relações atuariais e do bem estar da sociedade, apresenta suas contribuições referentes a nova regulamentação para os mecanismos financeiros de regulação.

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº XXX, DE XX DE XXXX DE 2017.

Dispõe sobre XXXXXXXXXXXXXXXX.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XII e XXXII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em XXXXXXXXXXXXXXXX, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Para fins desta norma entende-se Mecanismos de Regulação Financeira os fatores moderadores de uso destinados a mitigar a incidência do risco moral do beneficiário no mercado de Saúde Suplementar:

Parágrafo único - Entende-se Risco Moral a tendência de sobreutilização do Plano de Saúde meramente em função da disponibilidade do serviço.

Tipo de comentário: Alteração de texto do Parágrafo único

Texto proposto: Parágrafo único - Entende-se Risco Moral a tendência de utilização abusiva do Plano de Saúde meramente em função da disponibilidade do serviço.

Justificativa: Melhoria da redação.

Art. 3º São espécies de Mecanismos de Regulação Financeira:

I - coparticipação é um fração do valor do evento, fixo ou variável, pago pelo consumidor referente a realização de um procedimento, sendo vedado que esta corresponda ao financiamento integral do procedimento, podendo apresentar as seguintes formas: (visando um compartilhamento de risco?);

Tipo de comentário: Alteração

Texto proposto: I - coparticipação é a fração do valor do evento, fixo ou variável, pago pelo beneficiário diretamente à operadora (ou por intermédio da pessoa jurídica contratante) referente à realização de um procedimento, podendo apresentar as seguintes formas.

Justificativa: A questão de não poder ser integral não cabe a todos as formas de coparticipação e será mais bem detalhado e limitado a seguir nas demais sugestões.

a. Percentual do custo real quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços;

Tipo de comentário: Alteração e Outras Considerações.

Texto proposto: a. Percentual do custo real pago pela Operadora ao Prestador (limitado a 50%), podendo variar de acordo com procedimento, grupo de procedimentos, rede, nível de utilização e região geográfica.

Justificativa: Em função do comentário anterior, neste tipo de coparticipação pode ser estabelecido que não se pode ter financiamento integral e que, para não ser considerado abusivo, estaria estabelecido o percentual máximo para não mais haver divergências de interpretação, entendendo que 50% é metade da conta e desta maneira o beneficiário nunca pagaria mais que a Operadora.

Outras Considerações: Quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços, poderá ocorrer mudança da cobrança de valor de coparticipação ao beneficiário para um mesmo procedimento em menos de 1 ano, em função do reajuste do valor real pago ao prestador de serviço, sendo vedado que esta corresponda ao financiamento integral do procedimento;

b. Percentual da tabela quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela com valores, independente do valor a ser pago pela operadora, ao prestador; e

c. Valor monetário fixo para cada procedimento específico;

Tipo de comentário: Alteração e Outras Considerações

Texto proposto: c. Valor monetário fixo por procedimento ou grupo de procedimentos.

Justificativa: Incluir a opção de valor fixo por grupo de procedimentos, que é o mais comumente praticado (exemplo: único valor para exames simples e único valor para complexos). Neste caso de valor fixo, pode ocorrer da coparticipação ser integral para alguns procedimentos que fazem parte daquele grupo. Porém, isso não significa ter sido abusivo, uma vez que para um procedimento mais caro presente nesse grupo o valor da coparticipação representará quase nada. Assim, pelo mutualismo, e em função da utilização esperada no ano para cada beneficiário, a tendência é a de que ele faça diversos procedimentos desse grupo e que o total pago de coparticipação frente ao total gasto pela OPS não seja abusivo.

Outras considerações: Poderá ser reajustado anualmente conforme previsão contratual.

Duvidas: pago para quem? Só operadora?

Consideração: Coparticipação paga para a Operadora, pois o pagamento da coparticipação ao prestador, se confundirá com a franquia por evento.

II - Franquia é o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de custeio, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada, podendo apresentar as seguintes formas:

a. Franquia acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 1 ano (12 meses), até atingirem o valor X;

Tipo de comentário: Alteração e outras considerações.

Texto proposto: a. Franquia acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 1 ano (12 meses), até atingir o valor contratualmente definido.

Justificativa: Não deveria estabelecer o valor x, deixando que cada operadora defina seu produto.

Outras considerações Além disso, deve-se estabelecer que a atualização do valor estará disposta em contrato.

b. Franquia por evento correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos até o valor de R\$ X;

Tipo de comentário: Alteração e outras informações

Texto proposto: a. Franquia por procedimento, evento ou grupo de procedimentos correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos, eventos ou grupos de procedimentos, até atingir o valor contratualmente definido.

Justificativa: Melhoria redação e não deveria estabelecer o valor x, deixando que cada operadora defina seu produto.

Outras considerações Além disso, deve-se estabelecer que a atualização do valor estará disposta em contrato.

c. Franquia Limitada nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia em procedimentos/eventos (limitadas pelo custo ou tipo de procedimento/evento).

Tipo de comentário: Alteração

Texto proposto: Franquia Limitada nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia na ocorrência de procedimentos, grupo de procedimentos ou eventos contratualmente definidos.

Justificativa: melhora da redação para diferir dos tipos anteriores.

Art. 4º As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar um dos Mecanismos de Regulação Financeira previstos nesta norma serão obrigados a disponibilizar as seguintes informações:

Tipo de comentário: Alteração.

Texto proposto: Art. 4º As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar o Mecanismo de Regulação Financeira Coparticipação, serão obrigados a disponibilizar as seguintes informações:

Justificativa: O simulador não faz sentido para franquia.

I - Disponibilização de um Simulador Pré-Contratação - Simulador em que o interessado poderá ter noção prévia a contratação sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano, podendo apresentar uma variação de x% em relação ao custo real;

Tipo de comentário: Alteração.

Texto proposto: I - Pré-Contratação - Material informativo em que o interessado poderá ter noção prévia à contratação sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano, o qual deverá considerar o custo médio do procedimento para a operadora tomando por base as tabelas negociadas com seus diversos prestadores de serviço, podendo assim apresentar uma variação em relação ao custo real;

Justificativa: Os valores negociados com os prestadores de serviços diferem consideravelmente, considerando, além da qualidade do prestador de serviços, a especialidade clínica, a oferta do serviço em cada município e a região de lotação desse prestador. Esses fatores podem ocasionar tabelas negociadas com prestadores de serviços com diferenças significativas. Dessa forma, inserir um simulador pré-contratação, incluindo um percentual máximo de variação em relação ao custo real poderá trazer grandes prejuízos para a OPS e, conseqüentemente, para toda a massa de beneficiários, tendo em vista que a operadora não terá a recuperação de despesas

estimadas atuarialmente (com a aplicação dos mecanismos de regulação), ocasionando, por consequência, a necessidade de um reajuste majorado no ano seguinte em função dessa limitação.

Outras Contribuições: Pode ser definido o grupo com procedimentos mais frequentes de produtos com coparticipação.

II - Simulação Pré-Utilização - Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor aproximado em que será responsável pelo pagamento, podendo apresentar uma variabilidade de X% (menor que a pré contratação)

Tipo de comentário: Alteração.

Texto proposto: II - Pré-Utilização - Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor aproximado em que será responsável pelo pagamento, tomando por base o custo médio do procedimento para a operadora em acordo com as tabelas negociadas com seus diversos prestadores de serviço, podendo assim apresentar uma variação em relação ao que for efetivamente cobrado após o atendimento ao beneficiário;

O valor efetivo de coparticipação e o apresentado pelo simulador, poderão variar também em função do reajuste de tabela dos prestadores. Contudo essa variação poderá ser minimizada com a utilização da média, conforme proposto acima.

Justificativa: Os diferentes valores de remuneração praticados na rede podem acarretar em uma variação percentual diferente para cada tipo de procedimento ou operadora.

III - Informação pós utilização refletindo o valor real (ou uma tabela)

Tipo de comentário: Alteração.

Texto proposto: III - Informação pós utilização refletindo o valor real a ser custeado pelo beneficiário.

Justificativa: Melhoria da redação e para retirar a parte da tabela, pois já é a informação final.

IV - informação no contrato

Tipo de comentário: Alteração.

Texto proposto: IV - Informação no contrato - as operadoras devem informar ao beneficiário em seu contrato de forma clara os mecanismos de regulação financeiros adotados.

Parágrafo único: As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar o Mecanismo de Regulação Financeira Franquia, serão obrigados a disponibilizar as informações do inciso IV.

Justificativa: Melhorar a redação.

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

Tipo de comentário: Alterar.

Texto proposto: Art. 5º A informação Pré-Contratação não precisa contemplar todos os procedimentos ofertados pela operadora, desde que possua alguns dos procedimentos mais frequentemente realizados pelos beneficiários em produtos com coparticipação.

Justificativa: Melhorar a redação.

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

Art. 7º Antes da utilização do plano, através da Simulação Pré-Utilização, o beneficiário deve poder visualizar o valor que terá que desembolsar ao realizar determinado procedimento, sendo aceitável uma diferença de X% para mais ou para menos.

Parágrafo Único - Na Simulação Pré Utilização deverá ser possível diferenciar o custo do Mecanismo aplicado conforme o prestador buscado.

Tipo de comentário: Exclusão

Justificativa: Já tratado no art. 4º as alterações sugeridas que fazem com que este artigo 7º deixe de existir. É bastante complexa a definição de uma variação única para todas as operadoras do Brasil em razão da variabilidade de preços por prestador e frente a diversas dificuldades em definir o valor do procedimento quando este pode mudar no momento da realização do procedimento.

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

Tipo de comentário: Alteração

Texto proposto: Art 8º Quando da apresentação da fatura ao beneficiário, o valor real pago pela operadora ao prestador, deve estar disponível no formato do Extrato de Utilização do Beneficiário definido pela RN nº 389.

Justificativa: O formato de apresentação dos valores pagos pela operadora aos prestadores já foi tratado e definido em reuniões com a ANS sobre o extrato de utilização do beneficiário da RN nº 389. Nesse extrato as operadoras informam o custo real aos beneficiários, porém por grupo de procedimentos e semestralmente. Não é recomendável disponibilizar a mesma informações em diversos formatos, pois pode confundir o beneficiário e desestimular a consulta ao extrato de utilização, além de gerar custos para a geração que informações que já são disponibilizadas aos beneficiários.

Art. 9º O custo efetivo dos procedimentos realizados deverá ser informado em área específica do site, que integrará o PIN-SS, componente de utilização dos Serviços.

Tipo de comentário: Exclusão

Justificativa: Informação já tratada na RN 389.

Art. 10 O beneficiário deve assinar comprovando a ciência da incidência do Mecanismo de Regulação Financeira, bem como da tabela ou simulação apresentada no momento da venda.

Tipo de comentário: Excluir.

Justificativa: as regras e valores estarão definidos no contrato e nas demais formas previstas no Art. 4º. A obrigatoriedade de mais esta assinatura gerará custo desnecessário e poderá alongar o processo reduzindo o estímulo e facilidades da venda on line.

Seção I

Coparticipação

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

Tipo de comentário: Exclusão

Justificativa: Entendemos como impraticável e divergente dos conceitos tratados. Não há tipo de coparticipação definida no art. 3º a incidir sobre a contraprestação, mas somente sobre procedimento. O que pode existir é limite de valor a ser cobrado mensalmente até um teto sobre a contraprestação, conforme artigo 8º.

Art. 12 É vedada a operadora a aplicação de coparticipação que implique no custeio integral do procedimento, estando limitado a X% do valor real do procedimento;

Tipo de comentário: Exclusão

Justificativa: Excluir em função das sugestões dadas no art.3º. Entretanto, se realmente for definido um limite para qualquer tipo de coparticipação, a sugestão seria a de se limitar a 50%.

§1º - É permitido às operadoras a adoção de Coparticipação de 100% de forma alternativa a imputação de CPT ou Agravo.

§2º Na hipótese da aplicação do mecanismo de regulação com valores crescentes a operadora deverá respeitar o limite previsto no caput.

Tipo de comentário: Exclusão

Justificativa: Conforme justificado no Art. 12.

Art. 13 As operadoras poderão se valer do Mecanismo da Coparticipação para fins de indução ao consumo consciente do plano de saúde, privilegiando os procedimentos de natureza preventiva, assim como prestadores pautados na qualidade assistencial.

Tipo de comentário: Exclusão e Outras considerações.

Justificativa: Não entendemos como necessário esse detalhamento, pois o normativo não impede essa prática. Esse seria um exemplo, como existem diversos outros em ser ideal cobrar ou não coparticipação em alguns procedimentos, em menor ou maior valor.

Outras considerações: Caso a ANS entenda que deve deixar, talvez seja melhor somente esclarecer que a OPS não é obrigada a estabelecer coparticipação em todos os procedimentos previstos no rol.

Art. 8º O valor mensal despendido a título de coparticipação não poderá ultrapassar X% do valor da contraprestação pecuniária do beneficiário, devendo o restante incidir nas contraprestações subsequentes.

Parágrafo Único - É vedada a incidência de juros e correção monetária nos valores aqui dispostos.

Tipo de comentário: Exclusão e Outras considerações

Justificativa: A limitação da cobrança da coparticipação mensalmente pode induzir o beneficiário a utilizar mais o plano de saúde em situações desnecessárias, como por exemplo, realizar consultas com mais de 1 médico de mesma especialidade para novas opiniões, como realizar exames que fez a pouco tempo novamente, sem se preocupar em pagar por isso, pois a cobrança total não será imediata e sim fracionada. Isso poderá trazer um desequilíbrio atuarial para a OPS, pois a mensalidade do plano foi calculada prevendo uma certa utilização e não uma maior em função e nova regra da ANS. Dessa forma, isso poderá fazer crescer a utilização e conseqüentemente o valor do plano de saúde (para planos coletivos em que se pode negociar o reajuste, o próprio reajuste de individuais que vem dos planos coletivos, como em novas vendas de individuais).

Outras considerações: Caso a ANS mantenha a condição acima proposta por ela, sugerimos que o percentual limite seja 100% e que seja possível a cobrança de juros e correção monetária em caso de parcelamento decorrente do limite de cobrança.

Seção II

Franquia

Art. 11 Quando da adoção do Mecanismo da Franquia Acumulada ou Limitada, excepcionalmente será aceito o pagamento integral do procedimento pelo beneficiário.

Art. 12. É vedada a incidência de franquias XXXXXXXXXXXXX

Capítulo disposições finais em transitórias

1) Vale daqui pra frente. Para trás aditivo ou mantém

Contribuição: As regras previstas neste normativo somente se aplicarão aos contratos firmados a partir da vigência da norma.

Justificativa: Contratos e não os produtos! Já que as previsões detalhadas nesse normativo não mudam o registro do produto.

2) Como fazer para modelos não “fee for service”

Contribuição: A OPS somente teria como citar um valor médio do procedimento durante a observação de um período de x meses, já que casos não “fee for service” irão gerar um valor do procedimento variável. Nesses casos o que se pode é basear no valor médio apurado em um período ao invés de tratar de valor real do procedimento (ele é real, mas definido em uma observação média e não pontual).

3) Revogar todos

Contribuição: Com o texto final, avaliar a CONSU 8.

4) Informar qt seria o plano sem copay para o contratante?

Contribuição: Em desacordo com a finalidade da Nota Técnica de Registro de Produtos, que visa apenas produtos comercializados. A OPS não é obrigada a vender plano sem coparticipação. Portanto, não deve haver este tipo de exigência.

5) Pendencia: saúde metal

6) U/E

Contribuição: Entendemos como possível e não restritivo quando cobrada posteriormente ao atendimento. Por exemplo, através de coparticipação.

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

8) Padrão de qualidade para o direcionamento

9) Simulador para hospitalar não precisa ser detalhado por taxas

Agradecendo a acolhida e reiterando nosso objetivo maior em prol do desenvolvimento estruturado deste importante Setor, ratificamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

Comissão de Saúde - IBA