

COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

Modernização da regulamentação vigente

Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Data 25/06/2018

PRIMEIRA QUESTÃO

**A ANS CRIOU NOVOS PRODUTOS DE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA
PARA OS PLANOS AGORA?**

SÃO MODALIDADES NOVAS?

RESPOSTA À PRIMEIRA QUESTÃO

A ANS NÃO CRIOU NADA NOVO.

A ANS não criou nenhuma nova modalidade de planos de saúde.

A coparticipação e franquias são mecanismos previstos na Lei nº 9.656/98 e na CONSU 8 **desde 1998**, já sendo aplicadas em larga escala.

Art. 1º (...)

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

- custeio de despesas;
- oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- reembolso de despesas;
- **mecanismos de regulação;**
- qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

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

(...)

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



Art. 4º Compete à ANS:

(...)

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

(...)

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

(...)

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



CONCEITOS NORMATIVOS DE FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO

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. |

PREVISÃO NORMATIVA CARACTERIZADA COM SUBJETIVIDADE INDESEJADA

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

(...)

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

O QUE É FATOR RESTRITOR SEVERO??? A NORMA NÃO CONCEITUA!

POSSIBILIDADE DE INCIDÊNCIA SOBRE INTERNAÇÕES

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: (...)

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

REGRA: VALORES DEVIAM SER PRÉ-FIXADOS SEM POSSIBILIDADE DE PERCENTUAL POR EVENTO, COM EXCEÇÃO DA SAÚDE MENTAL. NÃO HAVIA LIMITE PREVISTO PARA TAL COBRANÇA!!!

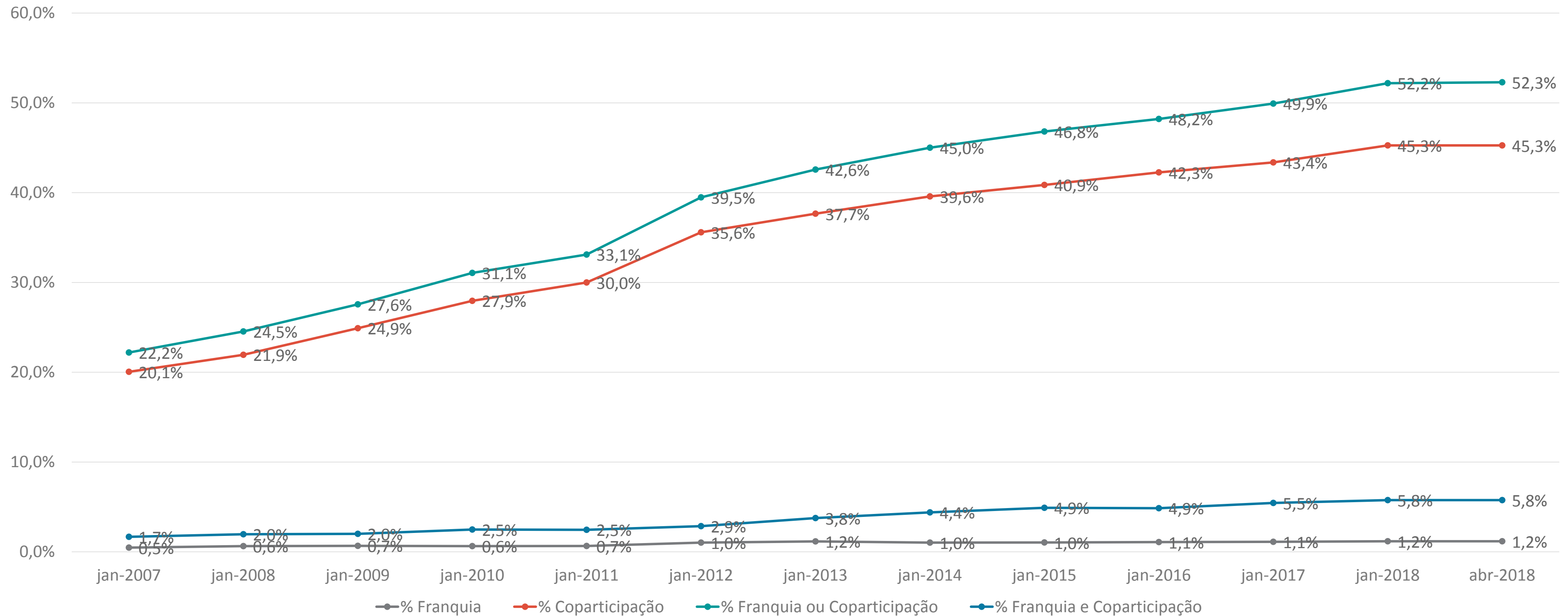
- ASPECTOS DA NORMA ANTIGA PREJUDICIAIS AO CONSUMIDOR:

- A) Possibilidade de incidência em internações e atendimentos em pronto-socorro;
- B) Não havia nenhum limite para definição do valor, salvo a integralidade do evento;
- C) Subjetividade do conceito de fator restritor severo.

DADOS - COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

Cenário atual: Percentual de beneficiários em planos moderados:

Percentual de Beneficiários de Assistência Médica com Fator Moderador, jan2007 a jan2017



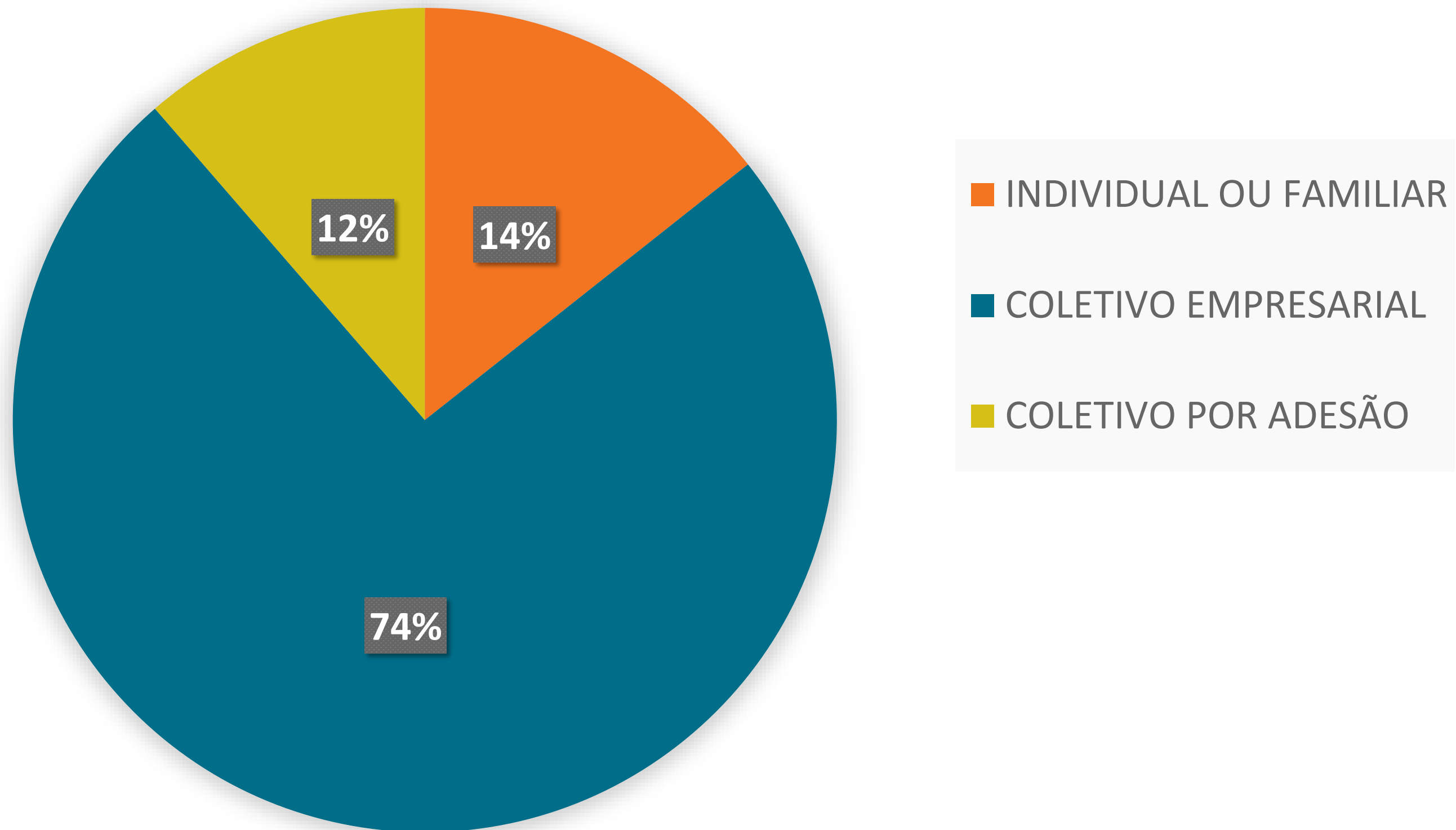
FONTE: SIB + RPS

DADOS – COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

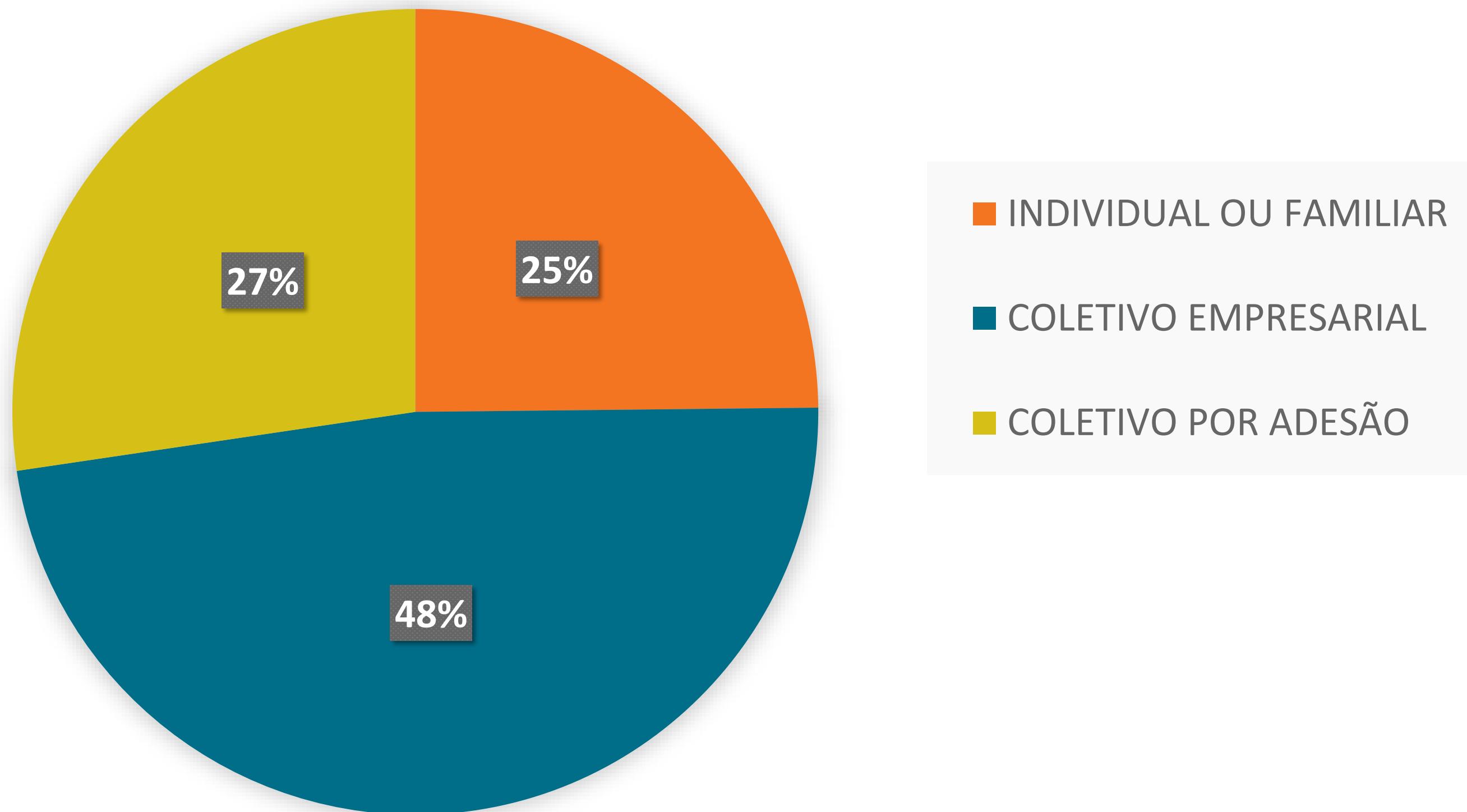
Competência	% Franquia	% Coparticipação	% Franquia e Coparticipação	Qt Beneficiário com Franquia ou Coparticipação	% Franquia ou Coparticipação	Qt Beneficiário sem Franquia e Coparticipação	Qt Beneficiário Total
jan-2007	0,5%	20,1%	1,7%	8.292.948	22,2%	29.072.500	37.365.448
jan-2008	0,6%	21,9%	2,0%	9.668.581	24,5%	29.734.267	39.402.848
jan-2009	0,7%	24,9%	2,0%	11.343.796	27,6%	29.812.447	41.156.243
jan-2010	0,6%	27,9%	2,5%	13.396.393	31,1%	29.727.370	43.123.763
jan-2011	0,7%	30,0%	2,5%	15.157.994	33,1%	30.626.370	45.784.364
jan-2012	1,0%	35,6%	2,9%	18.792.740	39,5%	28.819.948	47.612.688
jan-2013	1,2%	37,7%	3,8%	20.637.111	42,6%	27.834.310	48.471.421
jan-2014	1,0%	39,6%	4,4%	22.661.716	45,0%	27.686.482	50.348.198
jan-2015	1,0%	40,9%	4,9%	23.747.725	46,8%	26.984.746	50.732.471
jan-2016	1,1%	42,3%	4,9%	23.862.857	48,2%	25.641.131	49.503.988
jan-2017	1,1%	43,4%	5,5%	23.760.953	49,9%	23.831.415	47.592.368
jan-2018	1,2%	45,3%	5,8%	24.724.558	52,2%	22.644.064	47.368.622
abr-2018	1,2%	45,3%	5,8%	24.752.748	52,3%	22.582.718	47.335.466

FONTE: SIB + RPS (2018)

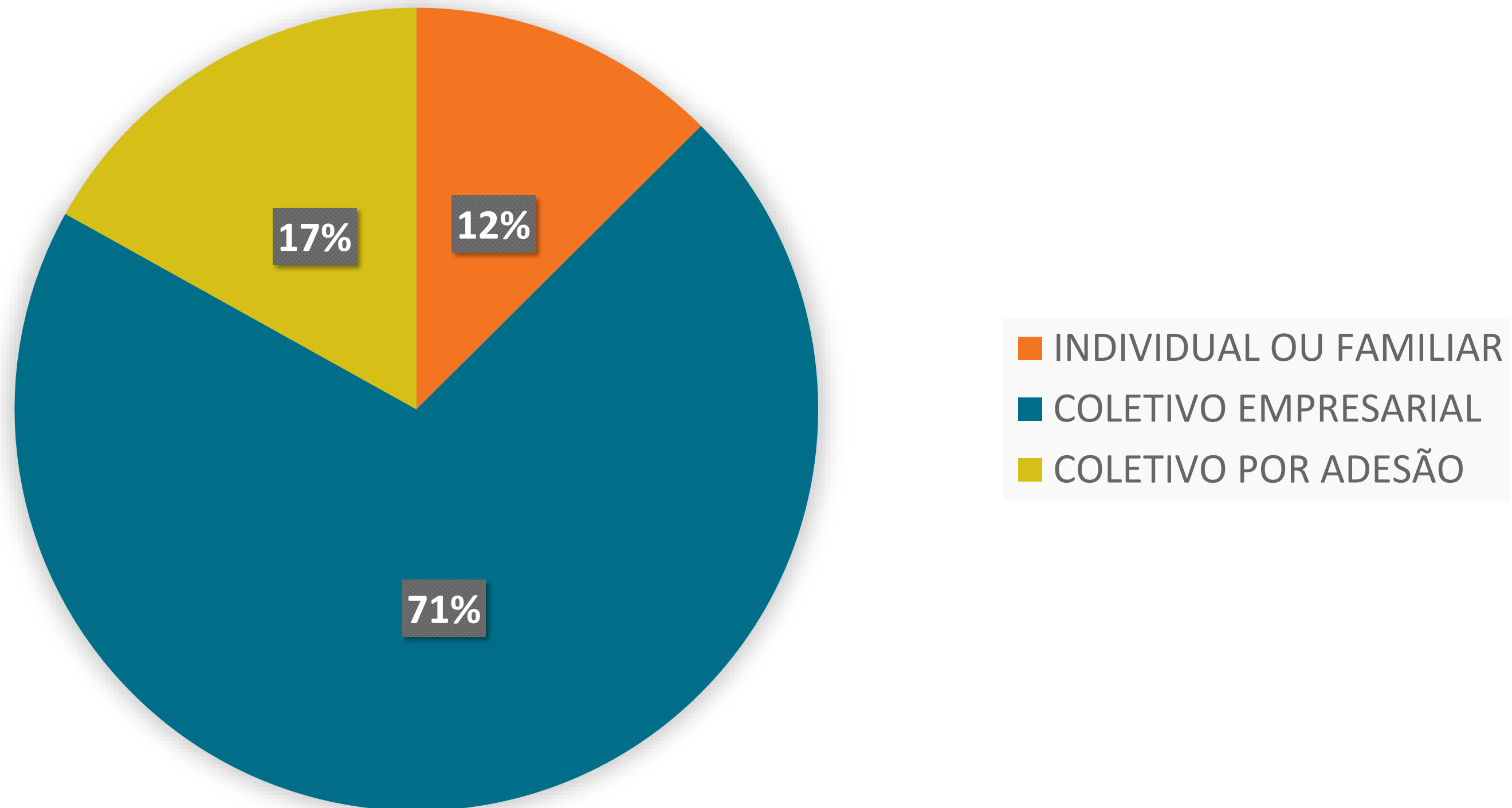
QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS MÉDICO HOSPITALAR EM COPARTICIPAÇÃO



QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS MÉDICO HOSPITALAR EM FRANQUIA



QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS MÉDICO HOSPITALAR EM COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

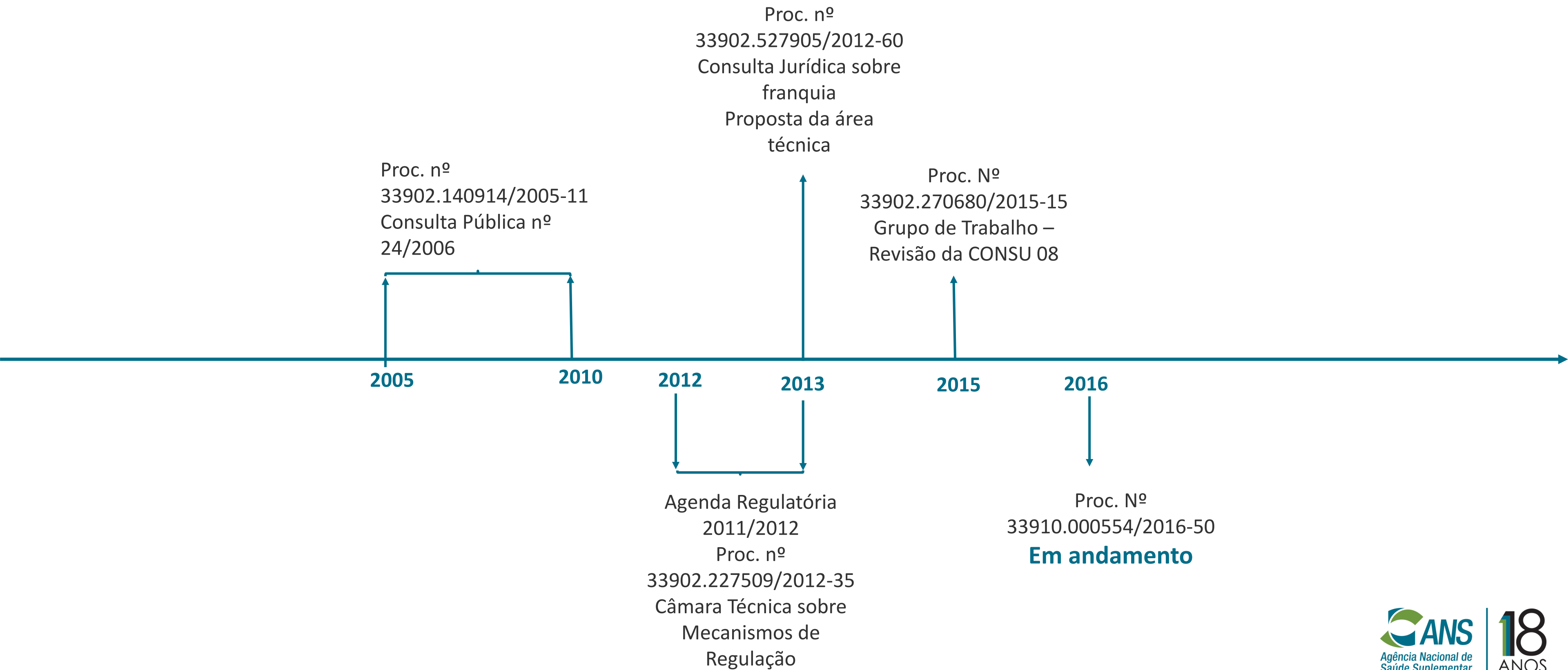


EXEMPLO DE VALORES DE PRODUTOS
CONTRATOS COM E SEM COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

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

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

Histórico das discussões e debates



Atos e etapas recentes

Processo nº 33910.000554/2016-50

- **2 reuniões do GT Interáreas:**
 - 14/07/2016
 - 05/09/2016
- **3 reuniões do GT de Coparticipação e Franquia:**
 - 31/10/2016
 - 22/11/2016
 - 14/02/2017
- **Em 20/03/2017** foi realizada Audiência Pública;
- **Entre 31/03/2017 e 02/05/2017** foi realizada a Consulta Pública nº 60;
- **Entre 11/10/2017 e 09/11/2017** foi realizada pesquisa através da ferramenta FormSUS;
- **Após 10/11/2017** - Adequação da Análise de Impacto Regulatório – AIR a fim de efetivamente demonstrar o melhor caminho regulatório a ser adotado.

Então esta norma vai prejudicar mais de 50% dos consumidores de planos de saúde?

NÃO.

Além de se aplicar apenas aos contratos que foram firmados após sua vigência (ou seja, não alterará em nada os contratos já vigentes), a RN 433/18 traz uma série de avanços, conferindo:

- previsibilidade;
- segurança jurídica; e
- efetiva proteção ao consumidor.

COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

ENTENDA O QUE MUDA COM AS NOVAS REGRAS

(RESOLUÇÃO CONSU Nº 8/1998)

ATÉ AGORA



Operadoras podiam cobrar do consumidor qualquer percentual pelos procedimentos realizados. Não havia a definição de um limite de cobrança por procedimento nem valor máximo (mês/ano)



Cobrança podia incidir sobre qualquer procedimento realizado pelos consumidores



Permitia cobrança diferenciada por doença ou patologia e cobrança em casos de internações por evento realizado



Apenas em caso de internação exigia a cobrança de valor monetário fixo e único



Não havia regras claras nem transparência para o consumidor

(RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 433/2018)

COM A NOVA REGRA



Determina um percentual máximo (40%) a ser cobrado pelo procedimentos realizados e impõe limites para o valor total pago no mês e no ano pelo consumidor



Não pode haver cobrança de coparticipação e franquia em mais de 250 procedimentos, como exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise



Proíbe uso de coparticipação e franquia diferenciado por doença ou patologia



Estabelece valor monetário fixo e único para atendimento em internação e pronto-socorro



Operadoras devem disponibilizar ao consumidor o extrato de utilização do plano com os valores aplicados



Estabelece regras claras, suprimindo lacunas da legislação, garantindo maior previsibilidade, clareza e segurança jurídica aos consumidores

ROL DE ISENÇÕES

A nova norma, diferente do que ocorre hoje (atualmente, os mecanismos incidem em qualquer procedimento), estabelece que não poderá haver incidência de coparticipação e franquia sobre mais de 280 procedimentos, com destaque para:

- I – **4 (quatro) consultas realizadas com médico generalista** (pediatria, clínico geral, médico de família, geriatria, ginecologia), a cada 12 meses;
- II – **Nos exames preventivos**, entendendo-se por estes por:
 - a) Mamografia – mulheres de 40 a 69 anos – 1 exame a cada 2 anos;
 - b) Citologia oncológica cérvico-uterina – mulheres de 21 a 65 anos – 1 exame por ano;
 - c) Sangue oculto nas fezes – adultos de 50 a 75 anos – 1 exames ao ano;
 - d) Colonoscopia – em adultos de 50 a 75 anos;
 - e) Glicemia de jejum – 1 exame ao ano para pacientes acima 50 anos;
 - f) Hemoglobina glicada – 2 exames ao ano para pacientes diabéticos;
 - g) Lipidograma – homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos – 1 exame/ano;
 - h) Teste HIV e sífilis, 1 exame/ano.

III – **Nos tratamentos crônicos em qualquer número**, entendendo-se estes por:

- Hemodiálise (TRS),
- Radioterapia e quimioterapia intravenosa e oral,
- Hemoterapia crônica e imunobiológicos para doenças definidas nas DUTs.

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

- Sorologia para sífilis, hepatites e HIV; Ferro sérico; Citologia cérvico-uterina; Cultura de urina; Tipagem sanguínea (ABO) e RH; Toxoplasmose; EAS; Glicemia de jejum; Teste de COMBS direto;
- Pelo menos 3 exames de ultrassonografia, uma por volta da 11ª semana, outra por volta da 18ª semana (Ultrassonografia Morfológica) e uma terceira entre a 34ª e 37ª semanas de gestação;
- 10 consultas de obstetrícia.

PROCEDIMENTOS EM QUE **NÃO** PODE HAVER COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA



CONSULTAS

4 consultas por ano (em consultório ou em domicílio) realizadas com médico generalista (pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia)



TRATAMENTOS CRÔNICOS

Sem limite de número para hemodiálise, radioterapia e quimioterapia intravenosa e oral, hemoterapia crônica e imunobiológicos para doenças definidas nas Diretrizes de Utilização (DUTs)



EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL

- Teste do pezinho
- Teste da orelhinha
- Teste do olhinho
- Teste do coraçãozinho



EXAMES PREVENTIVOS

- Mamografia em mulheres de 40 a 69 anos: 1 exame a cada 2 anos
- Citologia oncótica cérvico-uterina em mulheres de 21 a 65 anos: 1 exame por ano
- Sangue oculto nas fezes em adultos de 50 a 75 anos: 1 exame ao ano
- Colonoscopia em adultos de 50 a 75 anos
- Glicemia de jejum: 1 exame ao ano para pacientes acima 50 anos
- Hemoglobina glicada: 2 exames ao ano para pacientes diabéticos
- Lipidograma em homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos: 1 exame ao ano
- Teste HIV e sífilis: 1 exame ao ano



EXAMES DE PRÉ-NATAL

- Sorologia para sífilis, hepatites e HIV
- Ferro sérico
- Citologia cérvico-uterina
- Cultura de urina
- Tipagem sanguínea (ABO) e RH
- Pelo menos 3 exames de ultrassonografia
- EAS
- Glicemia de jejum
- Teste de COMBS direto
- 10 consultas de obstetria
- Toxoplasmose

EXEMPLOS VALORES DE ALGUNS PROCEDIMENTOS ISENTOS

Procedimento	Quantidade	Valor Moda
Consulta em consultório	177.910.358	R\$ 80.00
Hemodiálise crônica (por sessão)	1.257.829	R\$ 152,49
Mamografia convencional bilateral	2.903.735	R\$ 90,62
Colonoscopia (inclui a retossig -moidoscopia)	533.035	R\$ 251,32
Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento	21.059	R\$ 9.054,50
US - Obstétrica morfológica	565.031	R\$ 77,67
Teste do pezinho ampliado (TSH neonatal + 17 OH progesterona + fenilalanina + Tripsina imuno-reativa + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias)	97.759	R\$ 91,75

A ISENÇÃO SERÁ APLICADA DE ACORDO COM OS MECANISMOS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAIS EXISTENTES:



As operadoras de planos privados de assistência à saúde **poderão** se valer de mecanismos de regulação assistencial para gerenciar a demanda por serviços, na forma prevista em contrato, **como direcionamento, referenciamento, porta de entrada ou hierarquização de acesso.**

Objetivo: Induzir as operadoras a serem gestoras da saúde dos consumidores e não apenas meras intermediárias financeiras.

CONTEXTO - PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO SISTEMA

1. Necessidade de estruturação e organização de serviços necessários para um cuidado integral e coordenado, oferecidos pela saúde suplementar no Brasil.



2. Serviços de saúde no Brasil estão orientados para o atendimento de casos agudos.

3. Emergência de hospitais como porta de entrada para o sistema de saúde.

PRINCIPAIS INICIATIVAS DE PROGRAMAS DE MELHORIA DA ASSISTÊNCIA



Promover a coordenação do cuidado em saúde, tendo a APS como porta-de-entrada principal e eixo organizativo da rede assistencial na prestação do cuidado na saúde suplementar.



O modelo proposto é composto por cinco níveis hierarquizados de cuidado: Acolhimento, Núcleo Integrado de Cuidado, Ambulatório Geriátrico, Cuidados Complexos de Curta Duração e Cuidados Complexos de Longa Duração .

Destaque para os três primeiros níveis, nas instâncias leves de cuidado, que há a diferença. A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são o cerne deste modelo.



O Projeto OncoRede é uma iniciativa da ANS de implementação de um modelo de cuidado mais coordenado e de qualidade a pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de saúde.



Projeto de melhoria da qualidade, desenvolvido por meio de Acordo de Cooperação Técnica entre a ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde.

Objetivo: identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar.

LIMITES DE EXPOSIÇÃO FINANCEIRA

Norma antiga – Res. CONSU nº 8/98

- Não havia limites de valores

Norma atual – RN 433/18

- Limites de exposição financeira

a) Mensal: valor da própria mensalidade, cumulado com

b) Anual: valor da mensalidade base x 12;

LIMITES DE EXPOSIÇÃO FINANCEIRA

Exemplo

	PRODUTO A	PRODUTO B
Mensalidade	R\$ 300,00	R\$ 250,00
Limite Anual - Máximo	12 x 300 = R\$ 3.600	12 x 250 = R\$ 3.000
Limite Mensal	R\$ 300,00	R\$ 250,00

LIMITES DE EXPOSIÇÃO FINANCEIRA MENSAL

Exemplo de aplicação de percentuais de 30% e 40% em dois produtos no caso de um evento de saúde que totalizou R\$ 3.000,00 em um determinado mês:

	PRODUTO A – 30%	PRODUTO B – 40%
Mensalidade	R\$ 300,00	R\$ 250,00
Despesa do Beneficiário com coparticipação	R\$ 1.200,00	R\$ 900,00
Pagamento por mês	R\$ 300,00 (mensalidade) + R\$ 300,00 (coparticipação) por 4 meses.	R\$ 500,00 pelos 3 meses seguintes, sendo R\$ 250,00 (mensalidade) + R\$ 250,00 (coparticipação). E R\$ 400,00 no 4º mês pelo valor residual de (R\$ 150,00)

LIMITES DE EXPOSIÇÃO FINANCEIRA ANUAL

Exemplo de aplicação de percentuais de 30% e 40% em dois produtos no caso de um evento de saúde que totalizou R\$ 4.000,00 em um determinado ano:

	PRODUTO A – 30%	PRODUTO B – 40%
Mensalidade	R\$ 300,00	R\$ 250,00
Despesa do Beneficiário com coparticipação	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00
Pagamento por mês	R\$ 300,00 (mensalidade) + R\$ 300,00 (coparticipação) por 12 meses, totalizando R\$ 3.600,00. Ou seja, os demais R\$ 400,00 não serão pagos, nem o ano seguinte.	R\$ 250,00 (mensalidade) + R\$ 250,00 (coparticipação) por 12 meses, totalizando R\$ 3.000,00. Ou seja, os demais R\$ 1.000,00 não serão pagos, nem no ano seguinte.

Estas simulações demonstram dois propósitos do normativo atual:

- Evitar o endividamento pessoal do consumidor, que passa a saber exatamente até quanto será cobrado, no máximo, de seu plano de saúde;
- Previsibilidade desde o momento da contratação de limites, percentuais e/ou valores aplicáveis à coparticipação.

Estas simulações impedem a ocorrência de casos de cobrança excessiva, como:

- Contratos que estipulavam a cobrança valores fixos para incidência de coparticipação que ultrapassavam R\$ 20.000,00 para internações cujos gastos totais ultrapassassem R\$ 40.000,00;
- No exemplo A apresentado, caso o consumidor tenha uma utilização intensa todos os meses, não importa o valor total dos custos dos procedimentos realizados, ele não pagará mais do que R\$ 300,00/mês e R\$ 3.600,00/ano, em qualquer hipótese.

DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS PARA INTERNAÇÃO

Como visto, a norma atualmente em vigor, CONSU 8/98, não estabelece qualquer limite, prevendo, apenas, que deve ser em valor fixo.

A nova norma (RN 433/18) prevê que:

- Mantém a previsão de que a cobrança deve ser em valor fixo e único, não importante a quantidade de procedimentos realizados;
- Estabelece como limite o valor da própria mensalidade;
- cuja cobrança deve ser contabilizada juntamente com as demais cobranças do mês, ou seja, caso o limite mensal já tenha sido atingido pela utilização de outros procedimentos, o consumidor somente poderá ser cobrado no mês subsequente; e
- desde que não tenha sido atingido o limite de exposição financeira anual.

Obs. Estes limites são máximos. Nada impede que a Operadora defina, no contrato, valores menores, para atrair consumidores, criando vantagem competitiva.

DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS PARA PRONTO SOCORRO

Como visto, a norma atualmente em vigor, CONSU 8/98, não estabelece qualquer limite, prevendo, apenas, que deve ser em valor fixo.

A nova norma (RN 433/18) prevê que:

- Mantém a previsão de que a cobrança deve ser em valor fixo e único, não importante a quantidade de procedimentos realizados;
- Estabelece como limite a metade do valor da própria mensalidade;
- cuja cobrança deve ser contabilizada juntamente com as demais cobranças do mês, ou seja, caso o limite mensal já tenha sido atingido pela utilização de outros procedimentos, o consumidor somente poderá ser cobrado no mês subsequente; e
- desde que não tenha sido atingido o limite de exposição financeira anual.

Obs. Estes limites são máximos. Nada impede que a Operadora defina, no contrato, valores menores, para atrair consumidores, criando vantagem competitiva.

EXEMPLOS DE CONTRATOS COM LIMITES DE COBRANÇA PARA INTERNAÇÃO

	PRODUTO A	PRODUTO B
Limites de Exposição Financeira	50% do previsto na norma	100% do previsto na norma
Mensalidade	R\$ 300,00	R\$ 250,00
Limite Ajustado ao previsto no contrato	$12 \times 150,00 = 1.800$	$12 \times 250 = 3.000$
Parcela Ordinária devida anualmente	$12 \times 300 = 3.600$	$12 \times 250 = 3.000$

DEFINIÇÃO DE PERCENTUAL MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO

A ANS definiu pela primeira vez em um normativo um limite máximo para incidência da coparticipação nos procedimentos realizados pelos consumidores.

DOCUMENTO TÉCNICO	LIMITE MÁXIMO	ANO
Consulta Pública 24 c/c Despacho 611/2009/GGEOP/DIPRO/ANS	30% considerando a proposta apresentada em 2006 na CP nº 24.	Até entre 2005 e 2010.
Minuta Final apresentada no âmbito da CP 24 c/c Despacho 611/2009/GGEOP/DIPRO/ANS	40% sendo o percentual máximo admitido na ocasião	2010-2013
Nota Técnica 43/2013/GGEFP/DIPRO c/c Despacho 611/2009/GGEOP/DIPRO/ANS	50%	2013-2015
Relatório Preliminar de Análise de Impacto Regulatório c/c Despacho 611/2009/GGEOP/DIPRO/ANS	40%	2015-2108
RN 433/18	40%	2018

Possibilidade de majoração em 50% é condicionada à previsão em acordos ou convenções coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente:

- dos limites anuais e mensais; e
- do percentual máximo de coparticipação de 40%.

Somente ocorrerá se os representantes dos trabalhadores estiverem de acordo:

- Os planos empresariais são benefícios trabalhistas concedidos por empresas a seus funcionários;
- São, geralmente, oferecidos obrigatória e justamente por conta da previsão em acordos e convenções coletivas;
- As negociações trabalhistas, como regra, devem levar vantagens aos trabalhadores, sob pena de serem invalidadas pelo Poder Judiciário.

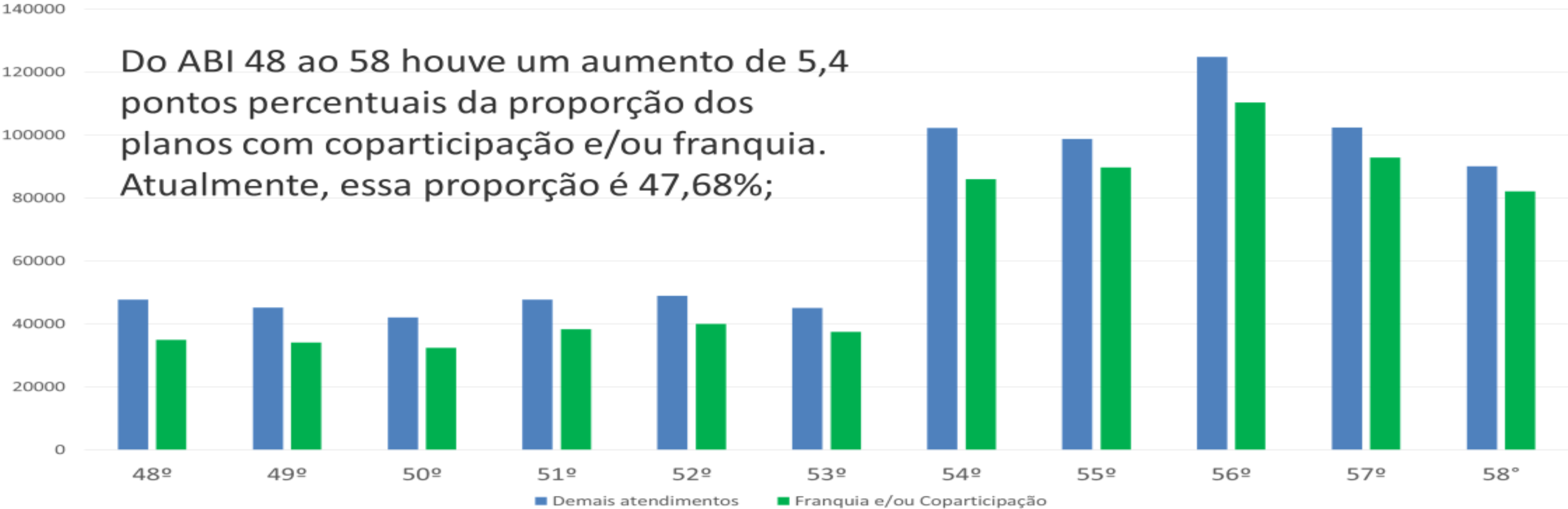
- Contribuição de entidades como Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro;
- Revogação da Súmula Normativa nº 07, que vedava esta prática;
- Estimula que os mecanismos de regulação sejam utilizados para a adoção de boas práticas de saúde pelos beneficiários e, com isso, resultem em benefícios como descontos na mensalidade e/ou bônus;
- Fomenta a ampliação de programa de promoção da saúde e prevenção de doenças.

IMPACTOS PARA O SUS

O quantitativo de beneficiários detectados pelo Ressarcimento que possuem planos com coparticipação e/ou franquia está em curva ascendente e a proporção entre a quantidade de atendimentos detectados para consumidores deste tipo de plano é próxima a 50%;

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

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



ABI	48º	49º	50º	51º	52º	53º	54º	55º	56º	57º	58º
PROPORÇÃO	42,25%	43,05%	43,48%	44,55%	44,94%	45,40%	45,65%	47,60%	46,93%	47,54%	47,68%

IMPACTOS PARA O SUS

Como a RN 433/18 é mais protetiva para o consumidor, não é esperado que a utilização do SUS aumente. Ao contrário, é possível que seja reduzido, já que há alguns procedimentos, dentre os mais identificados no ressarcimento, que estão na lista de isenções da nova norma.

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

Procedimento Principal	Demais atendimentos	Coparticipação e/ou Franquia	Total sem coparticipação e/ou franquia	Total com coparticipação e/ou franquia	Total	Diferença
HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA RECEPTOR POSITIVO EM ESTADIO I CLINICO/PATOLOGICO	47,43%	52,57%	27.533	30.520	58.053	2.987
INTERNACAO P/ QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRACAO CONTINUA	44,72%	55,28%	2.970	3.672	6.642	702
QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA (1ª LINHA)	48,27%	51,73%	6.532	6.999	13.531	467
QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA /LINFOMA LINFOPLASTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINHA	39,33%	60,67%	811	1.251	2.062	440
TRATAMENTO DA PIELONEFRITE	46,81%	53,19%	3.186	3.620	6.806	434
QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA (2ª LINHA)	45,65%	54,35%	1.894	2.255	4.149	361
TRATAMENTO DE CALCULOSE RENAL	45,92%	54,08%	1.137	1.339	2.476	202
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADOS	47,51%	52,49%	1.840	2.033	3.873	193
QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO MARCADOR POSITIVO - COM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA)	39,09%	60,91%	342	533	875	191
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	43,08%	56,92%	582	769	1.351	187
TRATAMENTO DE DENGUE CLASSICA	47,17%	52,83%	1.325	1.484	2.809	159
QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO ESTADIO IV OU DOENCA RECIDIVADA (1ª LINHA)	43,81%	56,19%	506	649	1.155	143
QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA	47,65%	52,35%	1.402	1.540	2.942	138
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	48,77%	51,23%	2.726	2.863	5.589	137
QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVARIO OU DA TUBA UTERINA - ESTADIO IV OU RECIDIVA (1ª LINHA)	41,66%	58,34%	312	437	749	125
INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS (HOSPITAL DIA)	38,55%	61,45%	192	306	498	114
QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO II CLINICO OU PATOLOGICO SEM LINFONODOS AXILARES ACOMETIDOS	48,46%	51,54%	1.742	1.853	3.595	111
EXCISAO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE POR TUMOR	39,07%	60,93%	193	301	494	108
TRATAMENTO CLÍNICO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL	41,16%	58,84%	242	346	588	104
TRATAMENTO CLÍNICO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE CRACK	31,94%	68,06%	84	179	263	95

Destaca-se a presença de procedimentos quimioterápicos.

A ANS recebe dados de produtos e de assistências realizadas (TISS).

O monitoramento será realizado por meio de variáveis, de modo a promover aperfeiçoamentos futuros, caso necessários.

Importante: atualmente, a atuação da ANS é reativa a demandas individuais, sem uma inteligência regulatória com monitoramento sistemático de eventuais abusos.

Obrigado!



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladora oficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL